

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° : 205

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

PAR

Héloïse Savoy

Née le 25 juillet 1986 à Pompey

**Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour
dépister ou diagnostiquer la maladie bipolaire**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe GUILLOU



FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018
Année universitaire 2017-2018

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Remy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilk Kirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb (1) (8) Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilk Kirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - GETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatodigestif-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <u>Bactériologie</u> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01	Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02	Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Arne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03	Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	-------	------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRpô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	
Dr REY David	NRPô CS	
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
 BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
 BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
 BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
 BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10
 BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
 BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004
 BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017
 BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
 BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
 BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
 BRETTESS Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
 BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02
 BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99
 BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
 CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15
 CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
 CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
 CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
 CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
 COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
 CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
 CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11
 DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
 DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
 DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87
 DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
 EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
 FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
 FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016
 FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009
 GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13
 GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
 GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
 GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03
 GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
 HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
 HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
 IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009
 IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
 JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
 JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
 JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011
 JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
 KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
 KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87
 KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97
 KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
 KIRN André (Virologie) / 01.09.99
 KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
 KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
 KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
 KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
 KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
 LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
 LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
 LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
 LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
 LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
 MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
 MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
 MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
 MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
 MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
 MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
 MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
 MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
 MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
 MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
 MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
 MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
 MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
 OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
 PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
 PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
 Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
 REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
 RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
 ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
 RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
 SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
 SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
 SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
 SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
 SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
 SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
 SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
 SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
 STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
 STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
 STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
 STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
 TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
 TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
 TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
 VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
 VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
 VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
 WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
 WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
 WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
 WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
 WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
 WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES
DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES
COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY,

A Monsieur le Professeur Pierre VIDAIHLET,

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe WEBER,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, c'est pour moi un honneur.

A mon directeur, Monsieur le Docteur Philippe GUILLOU,

Pour vos conseils, votre relecture et votre intérêt.

A Monsieur le Docteur Christophe WEIBEL,

Merci de m'avoir aiguillé vers ce sujet, ce travail fut pour moi une expérience passionnante.

A mes parents,

Pour leur amour, leur confiance et leur soutien sans faille depuis le début. C'est grâce à vous que je suis devenue indépendante et que j'ai pu réaliser mes rêves. Ce que je suis aujourd'hui, je vous le dois.

Aux Mojito's : Sophie, Irène et Bénédicte,

Parce que refaire le monde devant un verre et parler de ses problèmes et de ses joies, ça permet de tout faire passer.

Vos amitiés me sont précieuses.

(Ainsi qu'à **Loïc**, l'une des pièces rapportées du groupe, plus on est de fous et plus on rit...)

Aux Mulhousiennes et Mulhousiens : Sophie, Mylène, Clio, Suzanne, Laurent et Mai etc...

C'est avec vous que tout a commencé, avec vous que les soirées d'internat sont devenues les meilleures et que tout s'est bien passé.

A tout mes co-internes, avec qui j'ai passé des moments parfois compliqués et souvent passionnants.

Et surtout à Thibaut,

Ma vie est plus belle depuis que tu es à mes côtés. Ton soutien et ton estime me pousse dans tout ce que j'entreprends.

Table des matières

1. Introduction p. 20

2. Méthode p. 23

a) Type d'étude p. 23

b) Equipe de recherche et de réflexion p. 23

c) Conception de l'étude p. 24

- Cadre théorique p. 24
- Sélection des participants p. 24
- Recueil des données p. 25

3. Résultats p. 26

a) Contexte des entretiens p. 26

b) Thèmes révélés par l'analyse des entretiens p. 28

○ **Vision de la psychiatrie par la société d'après les médecins généralistes p. 28**

- Impression d'une vision encore très péjorative de la psychiatrie par les patients et les patientes p. 28

- Vision parfois péjorative de la psychiatrie par les médecins généralistes p. 30

- Manque d'intérêt pour le sujet psychiatrique par les pouvoirs publics p. 34

- Manque de connaissances p. 34

○ **Maladies psychiatriques = maladies difficiles p. 36**

- Médecine d'expert p. 36

- Patients et patientes vus comme difficiles p. 37

- Spécificité de la bipolarité p. 38

○ **Mutation de la demande en médecine générale p. 41**

- Vision moins valorisante actuellement du travail des médecins généralistes p. 41

- Multiplication des maladies chroniques demandant une vision globale des patients et des patientes p. 41
- **Cloisonnement du secteur psychiatrique p. 43**
- Adressage difficile p. 43
- Manque de communication p. 44
- Situation désespérante pour les médecins généralistes p. 45

4. Discussion p. 47

a) Synthèse des résultats p. 47

b) Limites de l'étude p. 47

- Manque de variabilité de l'échantillonnage p. 47
- Biais de désirabilité p. 48
- Le codage p. 48
- La non relecture des participants p. 48

c) Discussion p. 49

d) Perspectives p. 51

- Modifier la vision de la maladie mentale et de la bipolarité dans la société p. 51
- Modifier la vision de la maladie mentale et de la bipolarité chez les médecins généralistes p. 52
- Prise en charge plus systématique de la dépression et de l'anxiété p. 52
- Nécessité de pluridisciplinarité p. 54
- Meilleure valorisation p. 54

5. Conclusion p. 56

6. Annexes p. 58

7. Bibliographie p. 88

Tableaux et figures

Tableau 1 : Contexte de l'étude p. 26

Tableau 2 : Données démographiques p. 27

Figure 1 : Schéma récapitulatif des résultats p. 46

Figure 2 : Arbre décisionnel lors d'un épisode dépressif ou maniaque/hypomaniaque p. 53

1. Introduction

Le trouble bipolaire est une maladie chronique et récurrente caractérisée par des fluctuations plus ou moins sévères de l'humeur alternant avec des phases euthymiques.

D'après une enquête de l'OMS sur la santé mentale dans le monde sortie en 2011, la prévalence de la maladie bipolaire dans la population générale était de 0.6% pour le trouble de type I (qui concerne les patientes et patients ayant présenté au moins un épisode maniaque), de 0.4% pour le trouble de type II (qui concerne les patients et patientes chez qui alternent des épisodes de dépression et d'hypomanie), de 1.4% pour le trouble sous seuil (c'est dire les patients et patientes dont les critères d'hypomanie et de dépression ne remplissent pas tout les critères du type II), et de 2.4% pour les troubles du spectre bipolaire (1).

Le diagnostic reste clinique, et repose sur l'évolution longitudinale des symptômes. Les classifications diagnostiques les plus reconnues sont la 10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) (2) (cf. annexe n°1) et la 5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (3) (cf. annexe n°2). Pour le moment, aucun biomarqueur ou imagerie n'a fait ses preuves (4).

La maladie bipolaire est pourvoyeuse de nombreux retentissements médico-psycho-sociaux.

En effet, les troubles cardiovasculaires, le diabète, l'obésité sont très fréquents chez ces patients et patientes et il existe une atteinte cognitive et fonctionnelle sur le long terme (4, 5).

Elle prédispose fortement au suicide puisqu'on estime que la mort par suicide est de 10 à 30 fois plus élevée que dans la population générale, surtout si la pathologie n'est pas soignée. De plus, la moitié des patients et patientes atteints de bipolarité feront une tentative de suicide au moins une fois dans leur vie (6).

De ce fait, les troubles circulatoires et le suicide sont les principales causes de décès chez les bipolaires (4).

Les premiers symptômes apparaissent dans 45% des cas avant l'âge de 21 ans, et entraînent de graves troubles dans le développement avec des problèmes scolaires, comportementaux, ainsi que des risques accrus d'abus de substances et de suicides (7).

Ces troubles étant diagnostiqués principalement chez des sujets jeunes, et entraînant de graves troubles du fonctionnement chez les patients et les patientes, ils ont un impact économiquement élevé sur la société (1).

Cependant, il existe des prises en charge pharmacologiques et psychologiques qui ont fait la preuve de leur bénéfice. Ces thérapies essaient de maintenir le fonctionnement psychosocial des patients et patientes et de prévenir les récurrences. Le diagnostic précoce est essentiel pour améliorer le pronostic de la maladie (8). En effet, certaines études tendent à montrer que la précocité du diagnostic permet de diminuer les réhospitalisations et à améliorer l'alliance thérapeutique surtout chez les patients et patientes les plus jeunes (18-25ans) (9).

En France, la Sécurité Sociale peut reconnaître ce trouble comme un handicap et l'inclure dans une prise en charge au titre de l'ALD 23 (10).

R. Patel, en 2015, retrouve une prise en charge adaptée établit en 62 jours en moyenne quand le patient ou la patiente est suivi par des services de santé mentale spécialisés (11).

Pourtant, il subsiste un délai de dix années en moyenne entre les premiers symptômes et la pose du diagnostic par un professionnel de santé (12). Le retard diagnostic est préjudiciable aux patients et patientes car il augmente le risque de non réponse aux traitements et aggrave le pronostic. Ce sont les patients et patientes dont les symptômes commencent le plus tôt qui ont le plus de risque de voir leur délai diagnostic se prolonger (13).

Des études américaine puis française ont montré que la prévalence des patients et patientes bipolaires était plus importante dans la patientèle de médecine générale (14, 15). En France, elle toucherait 8.3% de la patientèle. Celle-ci est donc plus consommatrice de soins primaires, mais les médecins généralistes ne semblent pas réussir à les repérer. Ces études avaient pour

objectif de mesurer le retard au diagnostic mais ne présentent pas d'explication à la non reconnaissance de ces troubles en médecine générale.

Par ce travail, nous avons cherché à identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour dépister ou diagnostiquer la maladie bipolaire, afin d'expliquer la persistance d'un retard diagnostic qui s'avère péjoratif pour les patients et les patientes.

2. Méthode

a) Type d'étude

Notre étude portant sur une recherche explicative au phénomène étudié (la persistance d'un délai diagnostique), nous avons choisi une méthode qualitative sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes (16, 17). Les lignes directrices COREQ ont été utilisées pour présenter notre travail (18).

b) Equipe de recherche et de réflexion

Cette étude a été réalisée en binôme. Il y avait moi, l'auteure, remplaçante en médecine générale et le Dr Philippe Guillou, médecin généraliste et Maître de conférence associé de médecine générale, qui a dirigé le travail.

L'étude a été réalisée en Alsace et en Ile-de-France, lieux successifs où j'ai habité. Les premières médecins interrogées en Alsace (n°1) et en Ile-de-France (n°6), étaient des praticiennes que je connaissais : cela m'a permis, d'une part, de tester mes questions, et d'autre part, de réussir à obtenir des entretiens plus facilement. Les médecins suivants m'étaient inconnus. Ils étaient informés que l'analyse porterait sur de la psychiatrie mais le thème précis de l'étude ne leur était dévoilé qu'au début de l'entretien.

Le sujet nous a été donné par le Dr Weibel, psychiatre au CHRU de Strasbourg.

Ce qui m'a intéressé en premier lieu est de réaliser un travail sur des difficultés rencontrées par mes confrères et consœurs dans leur pratique quotidienne et de rechercher les mécanismes l'expliquant. Je n'avais moi-même aucune expérience sur la bipolarité.

c) Conception de l'étude

- Cadre théorique

L'orientation méthodologique était l'analyse thématique par théorisation ancrée sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel de codage pour l'analyse.

- Sélection des participants

La sélection des médecins s'est faite par méthode boule de neige pour les 10 premiers. C'est-à-dire que des noms de praticiens installés étaient demandés en fin d'entretien aux généralistes interrogés. J'ai choisi cette méthode pour des raisons de faisabilité essentiellement. Cela m'a permis d'obtenir des réponses positives à mes demandes d'entretien plus facilement.

Le seuil de saturation des données a été atteint après 10 entretiens. A ce moment-là, il n'y avait plus d'émergence de nouveaux thèmes.

Pour les entretiens 11 et 12, avec le Dr Guillou, nous avons opté pour une démarche dite d'échantillonnage « théorique ». En effet, après avoir mis en lumière les différents thèmes avec les 10 premiers entretiens, nous avons cherché à diversifier et à tester nos perspectives en cherchant des médecins généralistes ayant un intérêt particulier pour la psychiatrie et n'exerçant pas seul ou en association avec un seul confrère ou consœur. Pour cela, nous avons ciblé des noms de médecins ayant procédé à la relecture de la fiche de recommandation HAS « Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours » (19).

Le premier contact s'est fait par téléphone en me présentant comme une interne en médecine générale qui cherche des médecins pour réaliser des entretiens dans le cadre de son travail de

thèse sur un sujet de psychiatrie. J'ai obtenu 12 réponses positives sur les 18 appels effectués. Les raisons de refus étaient le manque de temps et le manque d'éléments à évoquer sur la psychiatrie.

- **Recueil des données**

Le guide d'entretien n°1 est fourni en annexe (cf. annexe n°3), il a été remanié au fur et à mesure des enregistrements. Il a été testé sur la première praticienne interrogée.

Les médecins inclus dans l'étude n'étaient informés qu'au début de l'entretien du sujet de l'étude et de la manière suivante : « Dans le cadre de mon travail de thèse, je réalise une étude sur les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour repérer la maladie bipolaire. Pour cela, je vais vous enregistrer sur dictaphone mais les données resteront complètement anonymes. Acceptez-vous d'être enregistré ? ». Auparavant, lors du premier contact par téléphone pour prendre rendez-vous, il ne leur était évoqué que le sujet psychiatrique de l'étude afin qu'ils ne se préparent pas en amont. Cela a permis plus de spontanéité au cours d'entretien unique.

Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone et retranscrits intégralement. Certains médecins ont également émis des propos après avoir terminé l'enregistrement. En effet, plusieurs médecins ont ressenti le besoin d'ajouter des précisions sur leurs patients et patientes ou sur les spécialistes hors contexte d'enregistrement. Avec leurs accords, j'ai retranscrit les notes prises sur ces apartés car leurs contenus reflètent pleinement l'état d'esprit de ces médecins sur leur patientèle et sur leur pratique.

L'entretien n°1 est fourni à titre d'exemple en annexe n°4. Les retranscriptions ne sont pas incluses en fin de thèse pour des raisons de confidentialité. Les membres du jury peuvent les demander.

3. Résultats

a) Contexte des entretiens

Le contexte des entretiens ainsi que les principales données démographiques des médecins sont exposés dans les tableaux 1 et 2. Le recueil s'est fait après les entretiens à l'aide d'un questionnaire qui leur était demandé de remplir. Le numéro attribué à chaque médecin est chronologique à leur inclusion dans l'étude.

Au total, 12 médecins ont été interrogés entre février 2017 et juillet 2018, 6 femmes et 6 hommes, âgés de 32 à 72 ans avec un suivi patient et patiente allant de 3.5 à 40 ans. Ils travaillent surtout en zone urbaine et en libéral, seuls ou avec un associé. Ils possèdent en moyenne 804 patients et patientes en tant que médecin traitant. Seule la médecin n°12 est une salariée d'un Centre de Santé municipal et travaille 35 heures par semaine.

Les entretiens ont duré entre 20 et 76 minutes, soit une moyenne de 38 minutes. Ils ont eu lieu principalement au cabinet des médecins ou à leur domicile. Un seul entretien s'est déroulé au restaurant durant la pause-déjeuner de la médecin.

N°	Relation avec l'enquêtrice	Durée de l'entretien	Lieu de l'entretien
1	Remplaçante	34.54min	Cabinet médical
2	Inconnu	29min	Cabinet médical
3	Inconnu	34.27min	Cabinet médical
4	Inconnu	50min	Domicile
5	Inconnu	32.10min	Domicile
6	Remplaçante	20.19min	Restaurant
7	Inconnu	27.28min	Cabinet médical
8	Inconnu	34.22min	Cabinet médical
9	Inconnu	29.93min	Cabinet médical
10	Inconnu	25min	Cabinet médical
11	Inconnu	76min	Bureau au département de médecine générale
12	Inconnu	59.29min	Cabinet médical

Tableau 1 : Contexte de l'étude

N°	Sexe	Age	Type d'exercice	Lieu d'activité	Nbre patient(e)s	Activité universitaire	Durée d'exercice	Secrétariat	Types de RDV	Statut marital	Enfants
1	F	38	Libéral En association avec 1 médecin	Rural	800	Non	7ans	Non	Avec et sans RDV	Mariée	4
2	H	36	Libéral En association avec 1 médecin	Semi urbain	850	Maître de stage : internes	3.5ans	Sur place le matin	Sur RDV uniquement	Pacsé	2
3	H	62	Libéral Avec une collaboratrice	Urbain	Inconnu	Maître de stage : internes	31ans	Non	Avec et sans RDV	Marié	1
4	F	32	Libéral En collaboration avec un médecin	Semi urbain	350	Non	2ans	Téléphonique	Avec et sans RDV	Mariée	2
5	H	62	Libéral Avec une collaboratrice	Semi urbain	1300	Non	34ans	Téléphonique	Avec et sans RDV	Marié	2
6	F	60	Libéral Seul	Urbain	1700	Non	30ans	Téléphonique	Sur RDV uniquement	Divorcée	2
7	F	54	Libéral En association avec un médecin	Urbain	Inconnu	Maître de stage : internes	21ans	Téléphonique	Sur RDV uniquement	Pacsée	0
8	F	59	Libéral Seul	Urbain	1000	Maître de stage : internes	37ans	Téléphonique	Sur RDV uniquement	Célibataire	0
9	H	61	Libéral Seul	Urbain	850	Non	7ans	Sur place et téléphonique	Avec et sans RDV	Marié	3
10	H	72	Libéral Seul	Urbain	1200	Non	40ans	Téléphonique	Sur RDV uniquement	Marié	4
11	H	57	Libéral Association virtuelle avec 9 médecins Appartenance au Réseau Santé Mentale des Yvelines	Urbain	800	Maître de stage : internes Responsable de la commission mémoire-thèse au DMG Responsable du module santé mental	22ans	Téléphonique	Sur RDV uniquement	Pacsé	1
12	F	58ans	Salariée d'un CDS	Urbain	Pas MT	Maître de stage : internes Directrice du CDS	Nouvelle installation depuis 2ans, avant cela 30ans dans un autre CDS	Sur place	Sur RDV uniquement	Célibataire	1

Tableau 2 : Données démographiques

b) Thèmes révélés par l'analyse des entretiens

o Vision de la psychiatrie par la société d'après les médecins généralistes

N°11 : « [...] je dis souvent à mes étudiants, jusqu'en 1789, le traitement pour les maladies mentales, c'était le bûcher. [...] Donc la maladie mentale est vraiment encore perçue par les patients, comme une punition, s'ils sont croyants, pour de mauvais comportements, s'ils sont non croyants, pour un manque de volonté, de mauvais choix de vie. »

La maladie reste, pour beaucoup, une atteinte somatique. Le concept de la prise en charge médicale des troubles psychiatriques est récent. Il persiste un ressenti péjoratif pour ces troubles dans la population. Ils sont vus comme un manque de volonté ou pire, comme une punition divine.

Les études actuelles estiment que 50% des malades atteints de maladies mentales ne sont pas pris en charge du fait de cette stigmatisation (20, 21).

De cette vision découle une série de conséquences rendant le sujet difficile pour les médecins :

- **Impression d'une vision encore très péjorative de la psychiatrie par les patients et les patientes**

N° 8 : « [...] les gens se sentent coupables de ne pas être assez fort d'avoir surmonté une épreuve. Pour certains patients, c'est comme synonyme de faiblesse, de ne pas avoir su réagir, de tomber au fond du trou. Ils se sentent blessés eux-mêmes. »

Ces pathologies touchent à l'intégrité même des patients et des patientes. Elles entraînent un sentiment d'anormalité, et de faiblesse. Les malades peuvent éprouver une gêne ou de la culpabilité à ressentir les symptômes. Ils ou elles ont peur d'être stigmatisés par la société, par

leur famille et de ne plus être pris au sérieux par le corps médical, ce qui les amène à cacher leurs troubles, à omettre leurs antécédents devant un médecin inconnu ou à refuser un diagnostic de somatisation quand il leur est évoqué.

N°10 : « [...] comme je la connaissais très bien, c'est vrai qu'elle avait du mal à exprimer ce qu'elle avait. Et puis je l'ai envoyée à la psychiatre et ça a été radical. Elle a tout de suite trouvé ce qu'il lui fallait. Parce qu'elle a fouillé peut-être à des endroits qu'elle n'osait pas me dire, sur des problèmes de couples, sur des problèmes...voilà !!! »

Le médecin généraliste est souvent quelqu'un de proche, qui soigne également la famille et le sentiment de honte des patients et des patientes peut les amener à ne pas pouvoir évoquer ces problèmes avec lui. Il n'est pas vu comme un interlocuteur possible, d'autant plus qu'il est encore perçu comme soignant principalement les corps. Le patient ou la patiente cherche parfois un lieu plus neutre et le sujet est mis de côté dans le cabinet du médecin de famille.

N°3 : « C'est la famille qui me l'a ramené manu militari : « Il a vidé les comptes, le sien et maintenant on est obligé de payer pour lui !!! » voilà !! »

Il existe également une certaine compensation par les familles qui ont peur d'être elles-mêmes stigmatisées ou qui refusent un diagnostic perçu comme dévalorisant, ce qui peut entraîner un délai assez long avant la mise en exergue des symptômes. Elles attendent que le patient ou la patiente dépasse une limite importante avant de réagir car ils ne peuvent plus minimiser les conséquences de la maladie et sont obligés de faire face.

N°5 : « Bein déjà, les dépressifs ne sont plus considérés comme des cinglés, au moins dans l'esprit des gens. On peut commencer à parler de dépression sans qu'eux se sentent culpabilisés. C'est une image qui est véhiculée par la société qui est différente, entre le dépressif d'il y a 30ans et plus et le dépressif d'aujourd'hui. Je pense qu'ils commencent

même relativement bien à accepter tous les diagnostics de somatisations. [...] Enfin toutes les pathologies qui sont des projections. Les gens acceptent aujourd'hui cette explication. »

N°8 : « J'ai l'impression que c'est plus facilement accepté aussi, parce qu'il y a tellement de plus en plus de dépressifs aussi. Tout le monde en connaît au moins un dans son entourage et que du coup, ça arrive à soit aussi, bein... c'est comme Paulette !!! Enfin sa copine quoi !!! Comme c'est plus fréquent, c'est peut-être un peu mieux accepté maintenant en 2017 que ça a pu l'être dans les années 90 ou 2000 quand je me suis installée quoi... »

Cependant, ces médecins interrogés semblent s'accorder sur le fait que l'image de la dépression s'est un peu améliorée et qu'il est plus facile aujourd'hui de parler de cela et de la faire accepter par les patients et patientes.

- **Vision parfois péjorative de la psychiatrie par les médecins généralistes**

N°1 : « Alors qu'il est quand même comme dit « schizo-paranoïaque » sous neuroleptiques en injectables. Si on arrête le traitement, il va décompenser, c'est sûr !! [...] Et j'ai eu l'impression que c'est après ceux-là qu'on voit dans le journal !!! Voilà voilà !!! Plus de traitement, plus de suivi, puis il est passé à l'acte... !!! »

Le poids de la stigmatisation des maladies psychiatriques dans la société se retrouve également chez les médecins.

N°5 : « Je n'en ai pas envie. Je le fais chez très peu de gens parce que ça me prend trop de temps. [...] Quand tu as une salle d'attente qui est blindée. Je ne vais pas passer 20min avec une patiente à l'écouter. J'ai envie de faire autre chose. [...] Quand tu as une gestion de salle d'attente à faire, avec d'autres pathologies à voir. Moi ce n'est pas mon cœur de cible et ce n'est pas le truc qui me passionne le plus. Moi je préfère faire de la médecine du sport. »

De plus, certains médecins ont encore une vision très somatique de la santé et la psychiatrie n'est pas envisagée comme une matière relevant de la médecine générale. Elle est considérée comme un sujet secondaire qui peut être remis à plus tard.

N°2 : « Après, chaque médecin a des patients en fonction de son image. Je ne suis pas forcément hyper réceptif à cela donc peut-être que les patients ne viennent pas, tout simplement... [...] Je pense que si les gens sentent que je ne suis pas forcément à l'écoute, ils n'insistent pas quoi... »

Par ailleurs, les médecins orientent parfois leur patientèle en fonction de leurs centres d'intérêt et adoptent un comportement qui n'incite pas les patients et les patientes à évoquer des sujets n'entrant pas dans ce qu'ils estiment être de leurs attributions.

Dans ce contexte, la prise en charge de la maladie psychiatrique est considérée comme chronophage et donc non rentable car :

- *N°10 : « Oui, parce que je ne suis pas tellement porté sur la psychiatrie. [...] Ah ? Pourquoi ? Parce que je fais plus de la cardio... Voilà, je fais plus de la cardio, de la médecine générale quoi !!! parce que c'est très long. C'est tout un entretien. Il faut les faire revenir. Il faut discuter de tout ça... C'est pas du tout mon problème... Surtout que je fais beaucoup de cardio, [...] »*

Elle est ressentie comme peu valorisante socialement (contrairement à des disciplines comme la cardiologie ou la médecine du sport).

- *N°5 : « Je pense que si on veut faire du bon boulot, une consultation psy, c'est long et ce n'est pas bien payé. Moi je ne touche pas le C neuropsych parce que je passe 30min avec un dépressif. C'est pour ça que je dis que ça dépend des sensibilités de chacun. »*

Elle nécessite un investissement lourd en temps et en mise à jour des connaissances qui n'est pas valorisé pécuniairement en médecine libérale. Il faut laisser le temps aux patients et aux patientes de se dévoiler avant de les adresser au spécialiste.

N°2 : « [...] parce que je m'embête à faire un courrier, j'adresse les patients, s'il n'y a pas de retour !?! [...] C'est vraiment un problème d'échange. [...] On a toujours un retour ou quasiment toujours mais il y a les ophtalmos et les psychiatres avec qui on a quasiment jamais de retour !!! [...] on se fait un petit peu enlever le suivi. [...] et ensuite, quand on a des complications le vendredi soir ou le samedi midi, ça sera pour le médecin traitant !!! »

Cette vision dégradée du sujet psychiatrique est encore aggravée par le contact très difficile avec les acteurs du secteur psychiatrique. Il persiste un manque de communication presque systématique avec les médecins traitants. Ils se sentent relégués au statut de subalterne sans considération pour leur opinion. L'expérience que les médecins généralistes acquièrent avec les spécialistes entraînent un sentiment de rancœur ou d'abandon qui ne les incitent pas à dépasser leurs préjugés ou leur malaise envers ces patients et patientes.

N°4 : « c'est des patients qui ont besoin de parler, d'être épaulés, éventuellement qu'on mobilise autour d'eux des membres de leur famille et là, je pense que je fais partie des gens qui connaissent bien la situation et donc ça ne me pose pas de souci en soi. »

Cependant, les médecins généralistes s'estiment encore les plus à même de gérer les familles dans laquelle la relation médecin-patient reste très forte.

N°1 : « Je n'ai pas l'impression d'avoir été formé pour ça. Ecouter, je peux. Suggérer, je peux. Mais je ne me sens pas plus compétente que la caissière pour faire cela... (rire) »

Tout cela entraîne un sentiment de culpabilité qu'ils résolvent en déléguant le sujet psychiatrique aux spécialistes. Cela leur donne l'impression d'avoir fait quelque chose pour eux, et qu'ils seront de toute façon mieux pris en charge.

En effet, les médecins généralistes ont tendance à se dévaloriser pour expliquer l'absence de prise en charge.

N°4 : « Je ne suis installée que depuis 2 ans, donc forcément, mes patients ont une histoire avant. [...] le jour où il va se passer un deuxième épisode dépressif, il va se souvenir qu'il y en avait un il y a quelques années. Donc oui, il y a certainement des pertes d'informations à chaque fois que le patient change de médecin [...] quand je reçois les antécédents d'un patient, [...] Je ne pense pas que dépression soit marquée au même rang que d'autres tels qu'appendicectomie ou diabète. »

Il apparaît également un phénomène de perte d'information car les antécédents psychiatriques ne sont pas traités comme les autres. Certains médecins ne les font pas figurer dans leur dossier et les patients et patientes ne les évoquent pas.

La façon dont les patients et les patientes et les médecins perçoivent la maladie psychiatrique entraîne un phénomène d'évitement du sujet. Les patients et patientes ne veulent pas être catalogués et les médecins sont mal à l'aise dans ces situations. Cela a déjà été décrit par Erving Goffman dans *Les rites d'interaction* (22). Afin de permettre au binôme patients-médecins de conserver « *la face* » et donc de continuer à entretenir des relations de confiance, le sujet psychiatrique est délégué ou omis.

- **Manque d'intérêt pour le sujet psychiatrique par les pouvoirs publics**

N°3 : « le déménagement [de l'hôpital psychiatrique de secteur] s'accompagne d'une réduction de 40% des lits. Or je pense qu'il n'y a que les politiciens qui sachent « faire mieux » avec moins de moyens. »

N°7 : « Les psychiatres en ville, déjà il n'y en a plus beaucoup. [...] Donc voilà... Les psychiatres en ville, c'est très difficile. Et les CMP, du coup, ils sont débordés aussi. C'est ça aussi qui ne facilite pas les choses. On retombe sur le manque de médecins en général. »

Il y a peu de moyens alloués au secteur psychiatrique, ce qui entraîne une augmentation de la charge de travail des spécialistes. Cela rend difficile le dialogue avec les acteurs locaux et allonge énormément les délais de rendez-vous pour les patients et patientes.

N°3 : « On a quand même l'impression, [...] tant qu'ils ne tuent personne, tant qu'ils ne font pas de grivoiseries, tant qu'ils ne font pas de désordre de la voie publique, ils sont dehors, qu'ils aillent bien ou qu'ils n'aillent pas bien. La fonction rétablissement et maintien de l'ordre public, est mieux prise en compte que le bien-être des patients. »

Les priorités semblent être davantage dans le maintien de l'ordre, ce qui accentue encore la vision stigmatisante de cette maladie par la société.

- **Manque de connaissances**

N° 10 : « les gens ne se sentent pas concernés par cette maladie. Et je pense que peut-être il n'y a pas, vis-à-vis du public disons, une information importante, [...] des campagnes d'information et tout ça... [...] les gens sont concernés avec ça. »

Les maladies psychiatriques souffrent d'un manque de visibilité auprès du grand public. Les patients et patientes souffrant de ces troubles ne s'identifient pas comme malades et ne viennent pas consulter à ce sujet.

N°11 : « le diagnostic psychiatrique ne doit pas être un diagnostic par défaut. [...] Si on a des signes manifestement psychiatriques, c'est aberrant d'aller pratiquer 3000 examens complémentaires pour éliminer une maladie rare qui a une chance sur 1000 d'être présente alors qu'on a un diagnostic psychique qui est probable à une chance sur deux. »

Par ailleurs, la façon dont est enseignée la psychiatrie à la faculté entretient cette vision stigmatisante chez les jeunes médecins. Le diagnostic psychiatrique est systématiquement le diagnostic d'élimination, par conséquent, quand aucune atteinte somatique n'est trouvée, c'est psychiatrique. Alors que c'est souvent le diagnostic premier par argument de fréquence.

N°5 : « Quand je me suis installé, ça fait quand même maintenant 34 ans, je me suis rendu compte que la psychiatrie représentait une grosse part de l'activité [...]. Ça représente à peu près le tiers des consultations [...]. Je pense qu'on n'y était pas préparé. »

De même que la prévalence de la psychiatrie est encore largement sous-évaluée durant les études de médecine générale qui sont toujours fortement accés sur le somatique.

N°2 : « Je fais beaucoup de formation, [...] Si on communiquait un peu plus dessus, franchement, ce n'est pas très vendeur, de communiquer sur les pathologies psychiatriques, d'emblée les gens freinent un petit peu quoi... »

Puis tout au long de leur exercice, le manque de communication des spécialistes empêche les médecins généralistes de faire du mimétisme et le manque de Formation Médicale Continue sur le sujet ne leur permet pas de mettre à jour leurs connaissances sur des concepts évoluant rapidement.

○ **Maladies psychiatriques = maladies difficiles**

• **Médecine d'expert**

N°12 : « Parce que probablement que l'insertion sociale d'un patient qui a des troubles psychiatriques est plus compliquée que pour un patient qui a des problèmes métaboliques ou cardiaques, que le logement est compliqué, que les revenus, c'est compliqué. Souvent, on est dans le champ social [...]. On est obligé de réfléchir à des choses très basiques, très concrètes. »

Les maladies psychiatriques sont des pathologies souvent chroniques et qui peuvent toucher tous les aspects de la vie des patients et patientes. Les plus graves peuvent engendrer un handicap physique, psychique, social, juridique et familial avec de lourdes dépendances.

Elles obligent à recourir à un diagnostic spécialisé et à un suivi global des patientes et patients.

N°7 : « Dès qu'on est dans la psychose, ce n'est plus de la médecine générale. Et pour la bipolarité, on est un peu à la limite. Moi j'aime bien avoir quand même un avis au début de la prise en charge [...]. Voilà, moi, les patients que j'ai, souvent, sont suivis en parallèle par un psychiatre. »

Dans cette configuration, les médecins généralistes semblent avoir du mal à trouver leur place. Ils voient le spécialiste comme l'échelon-clef de la prise en charge. Leur rôle de médecin de famille est de débrouiller les situations et d'adresser suivant l'urgence.

Puis l'évolution du côté psychiatrique des patients et des patientes semble se faire en parallèle du côté somatique. Le manque de communication entre les secteurs exclu les médecins traitants et accentue la vision d'une pathologie ne relevant pas du domaine de la médecine générale.

N°2 : « Ce n'est pas facile, parce qu'il n'y a pas qu'un seul symptôme, c'est un faisceau d'arguments qui nous fait dire qu'il est moins bien. »

N°8 : « Je pense aussi que ça demande un effort intérieur, enfin de soi... Ce n'est pas la science de la tête qui sort, c'est... Enfin, je n'arrive pas à expliquer mais... Ce n'est pas de la science pure. Ce n'est pas, vous avez tant de glycémie, je vous donne tant de médicament... [...] Et moi, des fois, ça m'épuise !!! »

Le diagnostic de ces pathologies est difficile. Il est clinique, et repose essentiellement sur l'interrogatoire ; or les patients et patientes cachent souvent leurs symptômes, utilisent de nombreux détours pour évoquer leurs problèmes et somatisent, ce qui peut être trompeur. Les médecins de famille ont du mal à gérer l'incertitude de ces diagnostics et ne sont pas à l'aise avec ces pathologies.

- **Patient(e)s vus comme difficiles**

N°4 : « j'en ai certains qui n'acceptent pas du tout de voir un psychiatre [...], là je ne suis pas sûre de faire au mieux, [...] ils sortent du champ de la thérapie, des éventuels suivis psycho-sociaux...etc. [...] je suis consciente à ce moment-là qu'on ne fait pas ce qui est le mieux pour le patient... »

Les patients et patientes atteints de maladies psychiatriques sont vus comme plus vulnérables et culpabilisant parfois de ressentir leurs symptômes. Il arrive qu'ils refusent les diagnostics et d'être adressés aux spécialistes. Le médecin généraliste risque de se retrouver seul à prendre en charge un patient ou une patiente pour qui il pense ne pas pouvoir faire au mieux de ces intérêts.

N°7 : « j'ai eu un problème, [...], avec une patiente qui appelait 40 fois par jour [...]. J'avais porté plainte au commissariat et puis elle était dangereuse. J'ai fait un dossier, que j'ai gardé, de lettres complètement délirantes où elle exprimait son délire, mais c'était aussi des

menaces, etc... Et à l'époque, quand j'avais contacté les structures sensées la suivre, on me faisait comprendre que si elle ne se présentait pas, ils n'y pouvaient rien... »

De même, ces patients font peur. Certains médecins ont eu de mauvaises expériences avec des patients ou patientes perturbant l'ordre du cabinet de par leurs troubles du comportement.

Dès lors, les généralistes ont beaucoup de mal à établir une relation de confiance avec ces malades.

- **Spécificité de la bipolarité**

N°12 : « Parce qu'on maîtrise bien ce qu'on fait souvent [...]. Et donc, je pense que les psychiatres, qui en voient à longueur de journée, maîtrisent mieux que moi. »

Les médecins généralistes estiment que seules la dépression et l'anxiété relèvent de leurs attributions et cela par argument de fréquence. Ces maladies peuvent être gérées entièrement par les médecins de famille quand les traitements médicamenteux suffisent.

N°7 : « Peut-être par manque, effectivement, parfois d'aisance, parfois, dans le cadre de la maladie bipolaire, on pense d'abord à la dépression et moins au côté bipolaire, donc on ne recherche pas assez, en fait, les symptômes de la bipolarité. Donc, c'est une question, probablement de ne pas y penser assez. »

La prévalence de la bipolarité est largement sous-évaluée par les généralistes. La principale raison retrouvée est qu'ils attendent un symptôme de manie pour parler de cette maladie. Ils n'y pensent pas devant des symptômes de dépression ou d'anxiété, et il n'y a pas de dépistage systématique de la bipolarité en début de prise en charge. Si la symptomatologie s'améliore, les médecins, rassurés temporisent une éventuelle demande d'avis spécialisé.

N°4 : « l'intérêt du CMP, c'est justement cette pluridisciplinarité. En plus du fait qu'ils soient spécialistes des maladies psychiatriques. [...] moi je ne peux pas proposer la même chose au patient que le CMP. Je n'en ai pas les moyens ni les compétences de toutes ces personnes-là à la fois. Dans la bipolarité, il y a aussi des problèmes avec le travail [...]. Et comme dit, je ne suis pas assistante sociale. Je ne suis pas à même de gérer ce type de difficulté socio-familiale qui accompagne la bipolarité. Je ne suis pas un autre tiers qui peut recevoir la famille pour les guider. Je ne peux pas remplacer les associations de malades, ce n'est pas mon travail ».

Les médecins généralistes s'accordent sur le fait que la maladie bipolaire est incluse parmi les maladies psychiatriques les plus lourdes. Le dépistage est particulièrement compliqué et la maladie grave, chronique, avec l'existence d'un fort risque de suicide et de handicap chez des patients et patientes jeunes. Ainsi, elle relève d'une médecine d'expert.

N°4 : « les diagnostics [...] sont longs et compliqués. Toujours, parce que c'est l'évolution même qui fait partie du diagnostic en fait. En une consultation d'un patient qui est déprimé, je ne peux pas savoir si dans 6 mois, il va l'être de nouveau. [...] C'est l'évolution qui va nous le dire après. [...] oui bien sûr que s'il a un épisode maniaque, c'est évident le diagnostic. Mais dans la bipolarité qui est en fait une dépression récurrente, il faut qu'il y ait plusieurs épisodes dépressifs [...] Enfin c'est difficile de dire que c'est lié à cela ou de dire s'il y a une maladie bipolaire larvée dessous. »

Ils ont conscience que les symptômes ne sont pas souvent présents lors de la consultation, et qu'il existe une grande fluctuation de l'expression de la maladie aussi bien chez un même patient qu'entre les patients. Une latence diagnostic plus ou moins longue est nécessaire pour poser le diagnostic.

N°9 : « Moi, je préfère que ce soit un ami psychiatre qui annonce le diagnostic, qui lui dise tout. [...] Et ce n'est pas facile de leur dire. Vous leur tombez dessus. Il faut se préparer pour annoncer un diagnostic. Il n'y a pas que le cancer !!! »

Les médecins de famille ont des scrupules à évoquer ce diagnostic avec les patients et patientes et préfèrent les adresser au moindre doute.

N°4 : « c'est des patients chez qui l'observance est compliquée, parce que c'est des patients qui ont une propension à arrêter leur traitement quand ça va mieux. En tout cas, ceux que je vois moi, et à arrêter le suivi quand ça va mieux. »

De plus, les patients et patientes bipolaires sont souvent peu compliants avec une tendance à stopper leurs traitements dès que les symptômes s'améliorent.

N°1 : « [...] on passe à côté. Parce qu'il y a cette alternance, qu'il y a des moments où ils ont un comportement qui n'est pas forcément inhabituel et que du coup, parce qu'on traite chaque épisode sans tenir compte de l'autre »

Cette maladie nécessite d'avoir à la fois une vision globale des patients et patientes sur le long terme et du recul pour repérer les phases. Or les antécédents psychiatriques sont souvent omis par les patients et patientes et par les médecins, et s'il existe une récurrence des symptômes, tout est repris de zéro.

N°9 : « On a pas à connaître la bipolarité, [...] On est des cliniciens, on examine, on décrit, nous constatons chez le patient [...]. »

Les médecins généralistes se sentent surtout incités à dépister et potentiellement à adresser davantage aux spécialistes afin d'améliorer la prise en charge des maladies bipolaires.

○ **Mutation de la demande en médecine générale**

• **Vision moins valorisante actuellement du travail des médecins généralistes**

N°11 : « A mon avis, je pense que les gens de ma génération, on acceptait très facilement d'avoir un métier astreignant, à grosse charge de responsabilités, parce qu'on avait aussi un métier qui était très valorisant socialement. Aujourd'hui, le médecin généraliste, on est quand même un petit peu le type qui est bon pour signer des papiers. [...] Les gens se permettent des demandes... Ce n'est pas tellement le type de demande mais la façon dont ils demandent. »

Il existe actuellement une mutation de la demande médicale et de la vision qu'ont les patients et patientes des médecins. Les praticiens ressentent une forme de consumérisme médical qui ne les incite plus à s'investir pleinement dans leur métier.

• **Multiplication des maladies chroniques demandant une vision globale des patient(e)s**

N°12 : « [...] j'ai l'impression que la formation ne s'est pas forcément étoffée [...] de l'aspect prise en charge globale du patient [...] la médecine générale, c'est quand même un patient dans sa globalité qui ne saura pas forcément exprimer vraiment ce dont il souffre. [...] il va devoir faire le tri entre ce qui paraît relever du somatique ou pas, et il doit rechercher si cette personne évolue dans tel ou tel milieu, dans quel contexte professionnel ? Dans quel contexte familial ? »

En France, l'augmentation de l'espérance de vie a fait bondir le nombre de patients et patientes vivant avec une maladie chronique. Les maladies psychiatriques font souvent partie de ces maladies. Elles obligent à avoir une vision globale du patient avec des besoins d'interventions multidisciplinaires dans les dossiers, contraignant les médecins à dégager du temps pour se

coordonner avec les partenaires locaux. Ce qui n'est actuellement pas valorisé en médecine libérale.

N°7 : « le contexte actuel fait qu'on essaie aussi d'absorber un maximum de patient [...]. Il y a quand même la pression de prendre les patients qui n'ont plus de médecin. Donc ça se dégrade de ce côté-là. La durée de consultation, probablement [...]. C'est quand même triste, on ne peut plus gérer... »

De plus, la démographie médicale étant ce qu'elle est, les médecins généralistes se trouvent de plus en plus débordés de travail, fortement incités à prendre de nouveaux patients et patientes en tant que médecin traitant. Par ce biais, ils augmentent le nombre de consultations en réduisant le temps consacré à chaque patient et patiente, ou en refusant du monde.

N :1 : « [...] le jeune de 30 ans qui consulte [...] si on ne prend pas le temps, au moment où il vient consulter pour son épisode aigu, de demander « Ah au fait, vous travaillez où ? Vous faites quoi ? Comment ça se passe ? » [...] On y penserait à ce moment-là s'il n'y avait pas 15 personnes en salle d'attente. On ne veut pas aller plus loin, parce qu'on sait que si on commence à poser des questions, la consultation elle va durer, justement !!!, 30 min au lieu de 10min... »

N°2 : « Je pense qu'on n'est pas bon... Je pense que la demande médicale change et que de toute façon les patients... Que la médecine où les patients attendent 3h en salle d'attente et finalement ils voient qu'il y a encore plein de monde derrière, et donc ils vont arriver à l'essentiel. Après les gens se servent de ça. Ils vont parler du problème actuel et le reste passera à l'as. »

Cette situation de désertification médicale est complètement incompatible avec une prise en charge sereine des maladies chroniques. Cela accentue encore le phénomène d'évitement du sujet psychiatrique. Les patients et patientes vont à l'essentiel lors de la consultation et mettent

de côté les préoccupations vues comme secondaires (dont les problèmes psychiatriques). Les médecins n'évoquent pas le sujet en prévision du temps que cela va leur prendre.

N°7 : « Si on prend la prise en charge globale [...]. Moi, j'ai du mal, même en prenant mon temps [...]. On essaye mais ce qui me rassure en parlant avec des collègues, c'est qu'on partage un peu le même sentiment. Et puis tout se complexifie, c'est très difficile d'être à jour des connaissances déjà et après, même avec les connaissances, c'est très difficile pour un patient donné, d'appliquer. »

Le décalage existant entre ce qui est demandé aux médecins et les moyens alloués rend l'exercice de la médecine générale peu attractive pour les jeunes médecins et entraîne souffrance et désinvestissement.

○ Cloisonnement du secteur psychiatrique

• Adressage difficile

N°12 : « Et le CMPP, malheureusement, il y a une liste d'attente de 2ans... Sur la ville... Donc c'est ABOMINABLE, donc nous, on peut être là à dépister précocement des troubles et avoir énormément de mal à trouver un relais derrière !!! »

L'adressage reste un obstacle majeur à la prise en charge de la maladie bipolaire car le secteur psychiatrique est très difficilement accessible.

L'expérience des médecins leur laisse penser qu'ils vont devoir :

- *N°3 : « Si je leurs dis « écoutez, j'ai devant moi une jeune fille de 15 ans d'une très bonne famille patricienne strasbourgeoise, qui fait une bouffée délirante aiguë, est-ce que je peux vous l'envoyer ? », pas de problème !!! Si je dis « j'ai un bûcheron de 120 kg, qui*

est en train de tout casser dans mon cabinet, est-ce que je peux vous l'envoyer ? », eh bien ce n'est pas leur secteur !!! »

Négocier avec les spécialistes chez qui les délais de rendez-vous sont parfois très longs.

- *N°2 : « j'essaie de dire le plus tard possible le mot psychiatre, [...] ça a toujours une connotation un peu péjorative. Alors je dis non, au contraire [...] c'est moins formalisé, ce n'est pas un hôpital. Ici, chez nous, Brumath, c'est l'hôpital psychiatrique pour les fous, voilà !! Je leur dis qu'il y a pleins de pathologies, qu'on n'est pas tous fous, mais quand on est moins bien... »*

Négocier avec le patient ou la patiente qui bien souvent refuse d'aller voir un spécialiste soit par peur de la stigmatisation et refus du diagnostic psychiatrique, soit parce qu'il n'en voit pas l'intérêt. Il y a donc un important travail de dédramatisation à effectuer par des médecins pas toujours motivés par le sujet et constamment surchargés de travail.

- **Manque de communication**

N°12 : « J'ai des patients qui sont diagnostiqués par des collègues psychiatres, comme ayant une pathologie dont je ne connais pas toujours le diagnostic, [...]. Mais dont j'imagine qu'il s'agit d'une psychose en regardant l'ordonnance... Je n'ai pas toujours l'ordonnance non plus des patients, mais parfois ils me disent qu'ils prennent tel ou tel traitement et en fonction de la classe thérapeutique, je vais en déduire donc plutôt une dépression ou une psychose. »

Les spécialistes ne communiquent pas par la suite sur les prises en charges des patients et patientes.

La médecine psychiatrique devient une médecine d'approximation où le médecin découvre les conclusions des consultations grâce aux ordonnances que les patients et patientes leur présentent.

- **Situation désespérante pour les médecins généralistes**

N°11 : « une de mes collègues [...], qui a eu un patient qui est venu la voir en disant « Je vais me suicider dans deux jours !! ». Elle a fait tout ce qui était humainement faisable pour l'empêcher de se suicider, mais il n'y a eu aucun moyen pour que le patient voit un psychiatre... [...] elle m'a contacté, elle a contacté également deux autres médecins qui sont également très impliqués dans la psychiatrie locale et on a mobilisé toutes nos ressources, et tout a foiré !!! »

Même quand un travail de dépistage précoce est fait, il y a peu de possibilité de suivi rapide. Les médecins généralistes se retrouvent livrés à eux-mêmes avec un fort sentiment d'abandon et une vision dégradée du secteur psychiatrique.

N°9 : « Je vous dis, c'est faire comme je fais. Aller souvent dans des milieux psychiatriques et avoir des relations avec des psychiatres. Il faut rendre visite à ces centres de psychiatrie et essayer d'avoir des contacts personnels. C'est ce que j'ai fait depuis un an et je suis quand même mieux soulagé [...]. Parce qu'avant, quand j'appelais des psychiatres qui ne me connaissent pas, les rendez-vous étaient loin. »

Le sujet psychiatrique astreint à un profond travail d'investissement personnel avec les acteurs locaux, ce qui est difficile pour un médecin en libéral.

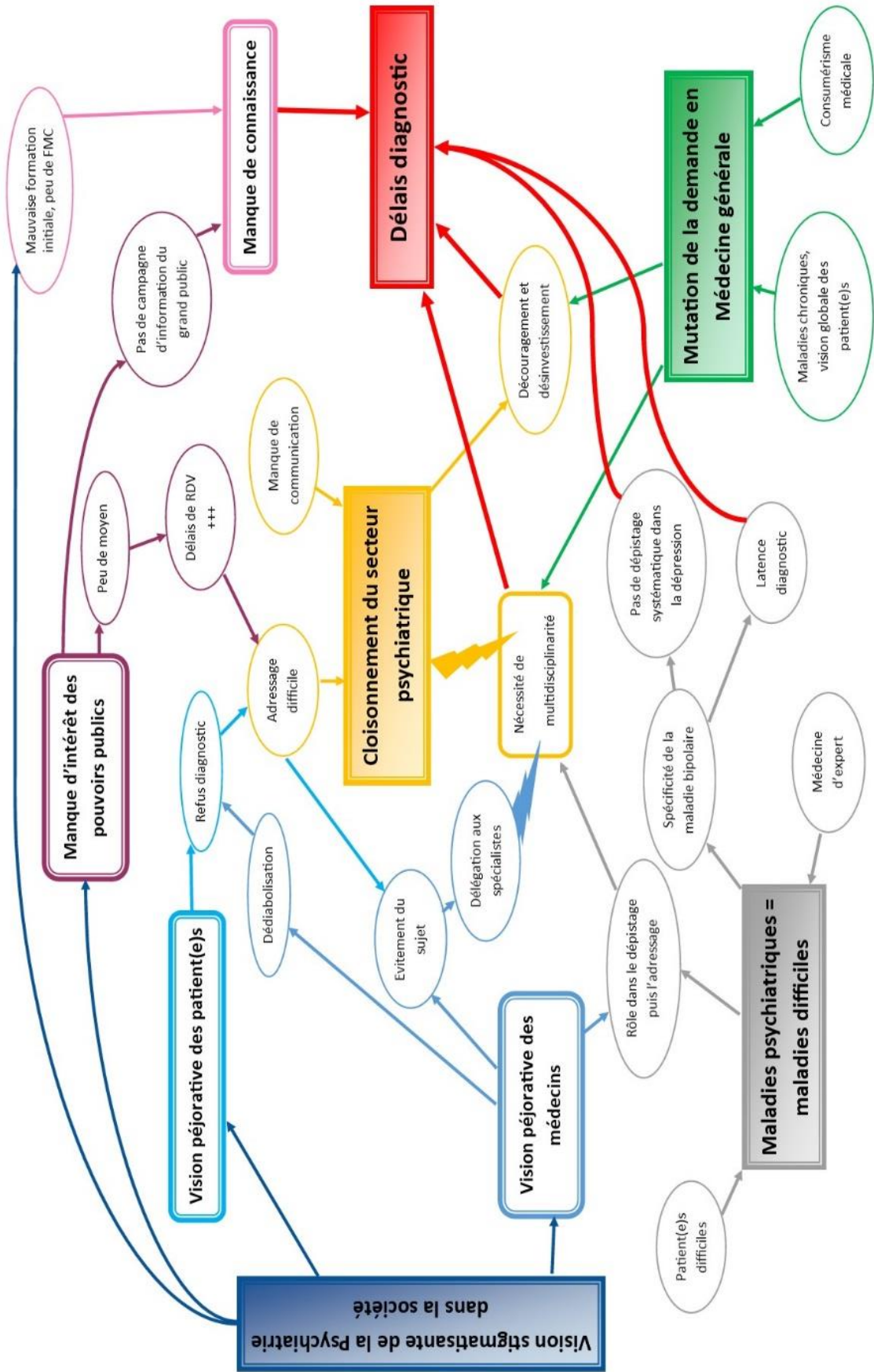


Figure 1 : schéma récapitulatif des résultats

4. Discussion

a) Synthèse des résultats

Les difficultés identifiées sont une vision péjorative du sujet psychiatrique persistant dans la société. La psychiatrie est considérée comme un sujet compliqué pour les médecins généralistes. La bipolarité nécessite un certain délai d'expression avant de pouvoir être évoquée. Or, les généralistes sont de plus en plus débordés. La demande médicale change et les médecins interrogés ressentent une certaine difficulté à s'y adapter sans moyen supplémentaire. Le cloisonnement du secteur psychiatrique accentue encore cette vision et entraîne un phénomène d'évitement par ces médecins.

b) Limites de l'étude

- **Le manque de variabilité de l'échantillonnage**

J'ai choisi une méthode boule de neige pour trouver des médecins à interroger et cela dans un souci de plus grande faisabilité et au détriment d'une plus grande variabilité. Pour celle-ci il aurait fallu contacter des médecins au hasard ou les solliciter tous (sur une région ou un département) et recueillir le matériel chez ceux qui auraient répondu positivement.

Le matériel obtenu après 10 entretiens nous a permis de soulever les différents thèmes de l'étude. Après cela, les opinions des médecins devenaient répétitives.

- **Biais de désirabilité**

Le biais de désirabilité existe quelle que soit le mode d'échantillonnage choisi.

En effet, les entretiens se font sur la base du volontariat et certains médecins ont évoqué leur manque d'envie de répondre à une enquête sur de la psychiatrie et/ou leur manque de volonté de dégager du temps pour un entretien. Nous n'avons donc pas pu recueillir les pratiques et les opinions de ces médecins-là.

- **Le codage**

Je n'ai pas utilisé de logiciel de codage pour analyser les entretiens. Cela n'est pas obligatoire en recherche qualitative et les thèmes se sont dégagés relativement vite dès les premières relectures. Cela a été conforté par Dr Guillou qui a codé mes premiers entretiens et retrouvé des conclusions similaires.

- **La non relecture des participants**

Les retranscriptions et leurs analyses n'ont pas été retournées aux différents médecins car certains se sont montrés gênés par le sujet et pressés de finir les enregistrements. Cela est, en soit, révélateur des difficultés rencontrées avec le sujet psychiatrique.

c) Discussion

Le thème de la stigmatisation est très présent dans cette étude, les médecins interrogés estiment que c'est un frein très important pour les patients et patientes.

Lors d'une intervention sur France Culture, la Dre M. Leboyer évoque la persistance auprès du grand public d'une vision de « maladies qui font extrêmement peur, qu'on ne comprend pas et pour lequel des stratégies thérapeutiques ne sont pas disponibles » (21).

Les praticiens les plus expérimentés reconnaissent qu'actuellement les mentalités ont légèrement changé, qu'il est un peu plus facile de parler de dépression avec les patients et patientes, et de leur faire accepter le diagnostic. Cependant, les préjugés semblent évoluer lentement dans la société.

Cette vision stigmatisante ne touche pas que les patients. Les médecins interrogés ne se sentent pas à l'aise avec le sujet psychiatrique.

D'après certaines études, les patients et patientes atteints de troubles dépressifs majeurs représentent 5 à 10% de la patientèle de médecine générale et jusqu'à 20 à 30% des patients et patientes touchés de maladies ischémiques ou de diabètes (23, 24). Par ailleurs, l'OMS estimait en 2002 que les troubles mentaux et neurologiques représentaient 13 % des années de vie perdues par incapacité corrigées par cause de maladie ou de blessure - mesure combinant la mortalité et le handicap -, ce qui en font les troubles les plus lourds pour la population humaine (25). En France, les dépenses pour la maladie psychiatrique sont de 23 milliards d'euros, c'est la première maladie en terme de dépense. Les maladies psychiatriques sont la première cause de décès de manière prématurée avant 65ans, et bien souvent par des causes somatiques qui ne sont pas bien prises en charge. On estime que 50% des personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas prises en charge (21).

Dans ce contexte, il apparaît difficile d'admettre que les troubles psychiatriques soient encore considérés comme ne relevant pas du domaine de la médecine générale.

Les médecins généralistes interrogés estiment que la prise en charge de la dépression réactionnelle et de l'anxiété fait partie de leur prérogative. Cette constatation a également été faite par G. Milleret en 2014 (26).

Un plus grand investissement dans la prise en charge des troubles de l'anxiété et de la dépression est préconisé et permettrait de réduire l'impact économique de ces pathologies (27). Or le délai existant avant le diagnostic de maladie bipolaire s'explique en partie car le symptôme le plus fréquemment retrouvé chez les bipolaires est la dépression et qu'elle est largement confondue avec la dépression unipolaire (28). Cela entraîne un délai important et la prescription de traitements antidépresseurs qui sont contre-indiqués en monothérapie chez les patientes et patients bipolaires.

Le manque de communication et l'accès très difficile au secteur psychiatrique sont les deux principales causes du cloisonnement qui rend les troubles mentaux compliqués à prendre en charge d'après les médecins généralistes et qui les font hésiter à s'occuper du sujet.

En effet, les médecins sont fortement incités à demander l'avis des psychiatres (35). Mais les délais de rendez-vous et l'impossibilité de se mettre en relation avec eux sont presque systématiquement rapportés par les praticiens ; ainsi que l'absence de retour lorsque des questions sont posées. Le problème est connu et il est également présent chez les psychiatres qui cherchent des avis somatiques pour leurs patients et patientes. Il existe de multiples rapports sous différentes formes qui soulignent cet état des lieux (29, 30, 31).

Plusieurs pistes sont testées ou évoquées pour améliorer la coordination :

- Des lieux de soins partagés tels que les Maisons de Santé pluridisciplinaire ou les Centres de Santé où travaille la médecin n°12.

- Des dispositifs de soins partagés (Réseau Santé Mentale des Yvelines) (32).
- En Europe, il existe des « Care Management » qui coordonnent les acteurs de santé (33).

Cependant, les médecins interrogés n'ont pas vu de réel changement au cours des années. Cela reste un frein majeur pour eux.

Un autre problème évoqué par les médecins est que la psychiatrie nécessite un investissement personnel important pour les praticiens libéraux. En effet, la psychiatrie est vue comme chronophage car elle nécessite de prendre du temps pour se mettre en relation avec les psychiatres, pour permettre aux patients et patientes de se dévoiler et pour leurs faire accepter une consultation spécialisée. Ce qui n'est pas valorisé. Actuellement, les médecins sont rémunérés à l'acte, c'est-à-dire de la même façon qu'ils passent 10 ou 30 minutes avec un patient ou une patiente.

d) Perspectives

- **Modifier la vision de la maladie mentale et de la bipolarité dans la société**

Une des stratégies possibles pour diminuer le délai diagnostique passerait par la déstigmatisation de ces maladies, et cela nécessite une plus grande implication des pouvoirs publics. On peut citer le cas de l'Europe du Nord qui a fait le choix de campagne de prévention précoce de la dépression dans les classes scolaires et dans le milieu du travail afin que cela ne devienne pas un sujet terrifiant (21).

- **Modifier la vision de la maladie mentale et de la bipolarité chez les médecins généralistes**

« La maladie a toujours trois aspects, il ne faudrait jamais l'oublier : la représentation qu'en a le médecin, celle qu'en a le malade et celle qu'en a la société. » écrivait Edouard Zarifian (34). Les maladies psychiatriques et la bipolarité en particuliers sont trop peu enseignées dans un cursus universitaire encore très axé sur le somatique.

Les enseignants en médecine générale mettent de plus en plus l'accent sur sa prévalence et la nécessité de le considérer comme un sujet crucial pour le bien-être des patients et patientes. On peut le voir chez le médecin n°11 qui participe activement à l'apprentissage de la santé mentale dans le cadre du Département de médecine générale.

L'augmentation des possibilités de stage en cabinet de médecine générale est également importante pour prendre conscience de l'impact du sujet psychiatrique durant l'internat.

C'est également l'un des points que la ministre de la Santé, Mme Agnès Buzyn, souhaite renforcer (31).

- **Prise en charge plus systématique de la dépression et de l'anxiété**

L'HAS recommande de dépister systématiquement l'existence d'un risque de bipolarité devant tout symptôme de dépression (*Figure 2*).

Le test « Troubles de l'humeur » est l'un des outils proposé (36). Son utilisation permettrait une orientation plus précoce vers des centres spécialisés où il est établi que le diagnostic est posé plus rapidement (11).

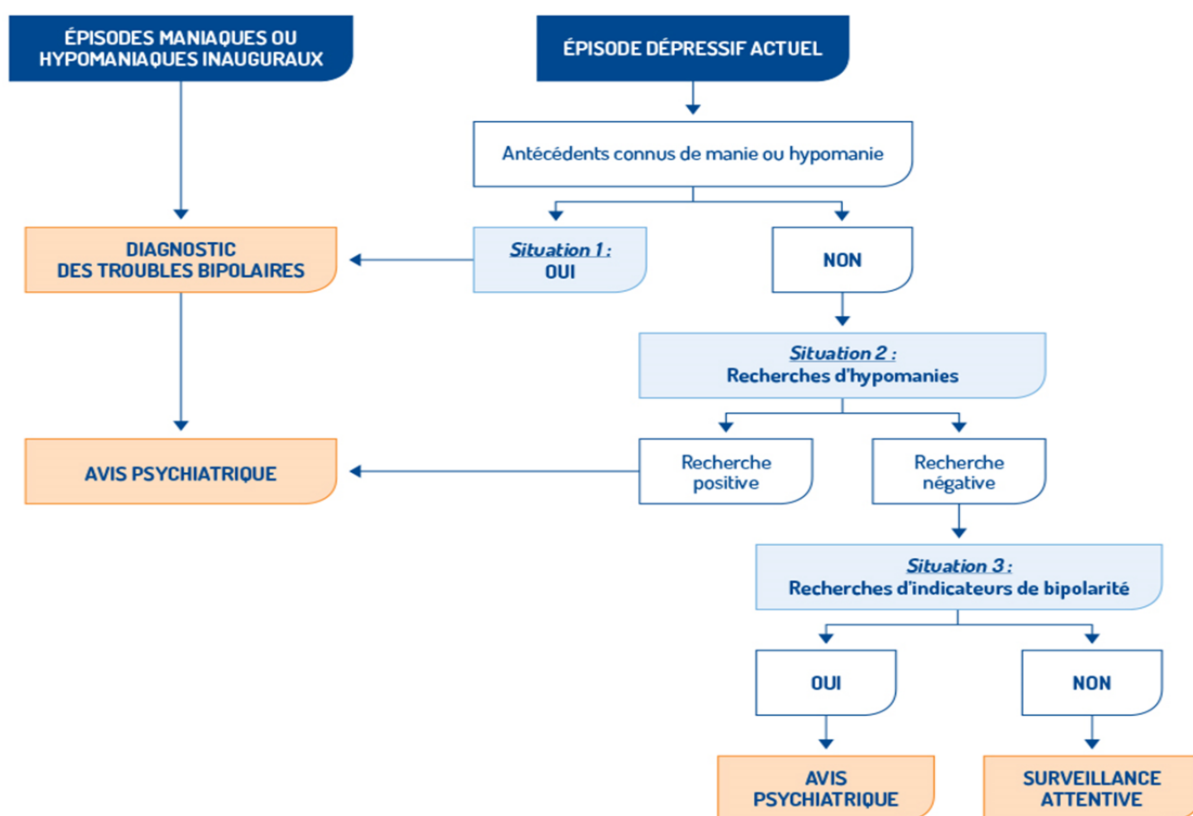


Figure 2 : Arbre décisionnel lors d'un épisode de dépression ou de manie/hypomanie (35)

Le médecin n°11 ne semble pas être ralenti dans son exercice en dépistant systématiquement les troubles de l'humeur : « *devant tout épisode dépressif, je questionne normalement systématiquement sur les antécédents psychiatriques familiaux et puis normalement, je pose quelques questions toujours sur le fait que « est-ce que dans votre histoire, il y a eu des moments où au contraire d'être déprimé, votre entourage vous disiez que vous étiez trop enthousiaste ? Que vous en faisiez trop ou que vous faisiez des dépenses inconsidérées ? Que vous réalisiez trop de choses ? ».* Et si j'identifie quelque chose qui peut s'apparenter à un passage maniaque ou à un état hypomaniaque de base, alors à ce moment, j'envoie à un psychiatre pour un diagnostic spécialisé. »

- **Nécessité de pluridisciplinarité**

Actuellement, les Maisons de Santé restent des dispositifs exceptionnels en France. Leur mise en place est assez lourde administrativement.

Les dispositifs en cours (ou en projet) représentent peut-être l'avenir de la médecine générale. En attendant, la production de courriers systématiques lors des hospitalisations ou des consultations semblent être la demande principale des médecins généralistes interrogés.

- **Meilleure valorisation**

Le travail en Centre de Santé pluridisciplinaire ou en Maison de Santé semble être une des solutions. La médecin n°12 qui est salariée, dispose de temps de discussion avec les spécialistes des différents secteurs inclus dans sa rémunération. Cela n'est donc plus une tâche à faire en plus de son travail au cabinet.

Les Maisons de Santé peuvent obtenir des dotations pour contribuer à financer l'exercice coordonné des soins en plus de l'activité libéral de chaque médecin. Son montant est fixé chaque année dans la loi de financement de la Sécurité sociale (37).

Il existe déjà une cotation possible pour valoriser la consultation de dépistage de la dépression pour les médecins généralistes en libéral, mais elle n'est valable qu'initialement, puis une fois par an (38). On pourrait imaginer des rémunérations plus attractives permettant aux médecins intéressés de pouvoir y consacrer une partie de leur activité, comme le propose le médecin n°11 : *« la reconnaissance financière derrière. C'est-à-dire, dire que c'est des patients qui sont plus lourds à suivre, [...] donc il faut qu'il y ait des cotations d'actes qui permettent au médecin de passer une demi-heure avec son patient sans pour autant perdre de l'argent. Tout en sachant qu'il ne faut pas non plus que ce soit stigmatisant pour le patient. Il ne faut pas non plus que le patient en face, il vive ça comme « Ben tiens, vous, vous êtes quelqu'un de*

particulièrement dur, vous allez payer plus cher ». Donc je pense que la meilleure valorisation, dans ce cas, est contractuelle. »

5. Conclusion

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour repérer la maladie bipolaire sont en partie liées aux caractéristiques propres de cette pathologie. Elle est complexe à différencier de la dépression unipolaire. Il faut attendre la succession d'un certain nombre de phase avant de pouvoir poser le diagnostic, et il existe une absence d'identification des symptômes développés chez les jeunes patients et patientes.

Cette étude souligne également que les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont dues au poids important représenté par la stigmatisation de la psychiatrie dans la société, et dans le traitement qu'en font les médecins qui sont eux-mêmes issus de cette société. Ce phénomène est accentué par la persistance d'un cloisonnement du secteur psychiatrique qui est pourtant l'échelon-clef du diagnostic et de la prise en charge des patients et patientes les plus gravement atteints.

Plusieurs initiatives ont été prises pour améliorer le dialogue entre les secteurs mais à l'heure actuelle, les médecins interrogés, même les plus impliqués, semblent trouver cela insuffisant pour leur permettre une collaboration sereine.

Le travail pluridisciplinaire est pourtant nécessaire en médecine afin de coordonner des soins sans cesse plus complexes. Il s'inscrit dans la vision d'une prise en charge globale des patients et patientes, dont les bipolaires, car il est difficile pour un médecin de travailler de manière isolée. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie et les progrès médicaux ont multiplié les maladies chroniques. Davantage de patients et patientes vivent avec une maladie, avec la possibilité d'une stabilisation et non d'une guérison. La médecine se doit de composer avec différents acteurs locaux et/ou nationaux, ainsi que les patients et patientes eux-mêmes

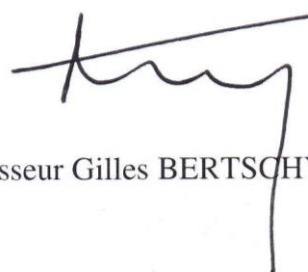
pour leurs permettre une meilleure intégration dans la société. Cela nécessite une modification de notre modèle médical.

Selon le Pr André Grimaldi « le modèle adapté est celui de la médecine intégrée (biomédicale, pédagogique, psychologique et sociale), une médecine qui doit être coordonnée entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, personnels administratifs et travailleurs sociaux. » (39)

VU

Strasbourg le 18/09/18

Le Président du Jury de Thèse



Professeur Gilles BERTSCHY

VU et approuvé

Strasbourg le 02 OCT. 2018

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



6. Annexes

Annexe n°1 : Critères diagnostiques d'un trouble bipolaire d'après la classification CIM-10

Critères diagnostiques

Troubles de l'humeur [affectifs] (F30-F39)

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élévation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont, soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants.

Épisode maniaque

Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé. Un épisode hypomaniaque ou maniaque survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs épisodes affectifs dans le passé (dépressifs, hypomaniaques, maniaques, ou mixtes) doit conduire à un diagnostic de trouble affectif bipolaire.

F30-0 Hypomanie

Trouble caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique. Il existe souvent une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité ou de l'énergie sexuelle, et une réduction du besoin de sommeil ; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas accompagnées d'hallucinations ou d'idées délirantes.

F30-1 Manie sans symptômes psychotiques

Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciant à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élévation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.

F30-2 Manie avec symptômes psychotiques

Présence, associée au tableau clinique décrit en F30-1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement. Sont différenciées : manie avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur, non congruents à l'humeur, stupeur maniaque.

F31 Trouble affectif bipolaire

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires (F31-8). Comprend : maladie, psychose, réaction maniaco-dépressive. À l'exclusion de : cyclothymie (F34-0).

F31-0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

Le sujet est actuellement hypomaniaque, et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

F31-1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, sans symptômes psychotiques (comme sous F30-1), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte).

F31-4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32-2), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31-5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques (F32-3), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31-6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte bien documenté, et l'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs, soit par une alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs. À l'exclusion de : épisode affectif mixte isolé (F38-0).

F31-7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté, et au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte), mais sans aucune perturbation significative de l'humeur, ni actuellement, ni au cours des derniers mois. Les rémissions sous traitement prophylactique doivent être classées ici.

F31-8 Autres troubles affectifs bipolaires

Épisodes maniaques récurrents

Trouble bipolaire II

Épisodes dépressifs**F32 Épisodes dépressifs**

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit.

Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut

s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido.

Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Comprend : épisodes isolés de dépression : psychogène, réactionnelle, réaction dépressive ; à l'exclusion de : associés à un trouble des conduites en F91- (F92-0) trouble : de l'adaptation (F43-2), dépressif récurrent (F33-).

F32-0 Épisode dépressif léger

Au moins 2 ou 3 des symptômes cités plus haut sont habituellement présents.

Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32-1 Épisode dépressif moyen

Au moins 4 des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

F32-2 Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents.

F32-3 Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32-2) mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non

congruentes à l'humeur. Sont différenciés des épisodes isolés de dépression : majeure avec symptômes psychotiques, psychotique, psychose dépressive : psychogène réactionnelle.

F33 Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33-2 et F33-3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31-).

F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant.

Annexe n°2 : Critères diagnostiques d'un trouble bipolaire d'après la classification DSM-5

Troubles bipolaires de type I et de type II

Critères diagnostiques trouble bipolaire de type I

A. Les critères (critères A à D de l'épisode maniaque) ont été respectés pour au moins un épisode maniaque.

B. L'occurrence d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme (proche de la schizophrénie, ayant l'apparence de la schizophrénie), un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique.

L'épisode maniaque peut avoir été précédé et suivi par un épisode hypomaniaque ou par un épisode dépressif caractérisé.

Critères diagnostiques trouble bipolaire de type II

A. les critères (A à D) ont été respectés pour au moins un épisode hypomaniaque et pour au moins un épisode dépressif.

B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque

Épisode maniaque

Critères diagnostiques d'un épisode maniaque

A. Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but.

Cette période doit durer au moins une semaine, être présente tout le long de la journée presque tous les jours ou moins, si une hospitalisation est nécessaire.

B. Au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
- distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ;
- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou

pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.

D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament) ou à une affection médicale généralisée (hyperthyroïdie).

Les critères A à D constituent un épisode maniaque. La présence d'au moins un épisode maniaque est nécessaire pour le diagnostic d'un épisode bipolaire de type I.

Épisode hypomaniaque

Critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque

A. Un épisode hypomaniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable et une augmentation persistante de l'activité ou de l'énergie. Cette période doit durer au moins 4 jours consécutifs et être présente toute la journée, presque tous les jours.

B. Durant la période de trouble de l'humeur et d'augmentation de l'énergie et de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants ont persisté à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) et ont été présents à un degré significatif :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
- fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
- distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ;

- augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ;

- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

L'épisode est associé sans équivoque à un fonctionnement qui est inhabituel chez l'individu quand il n'est pas symptomatique.

La perturbation de l'humeur et le changement du fonctionnement sont perceptibles par autrui.

C. La perturbation de l'humeur n'est pas assez sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques l'épisode est par définition considéré comme maniaque.

D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament).

Note : un épisode complet hypomaniaque qui survient durant un traitement antidépresseur (par exemple des médicaments, une thérapie électro convulsive) mais persiste comme un niveau complet de syndrome au-delà de l'effet physiologique du traitement lié au traitement est une preuve suffisante pour un épisode hypomaniaque.

Cependant la prudence est indiquée de sorte que la présence de 1 ou 2 symptômes (particulièrement l'irritabilité augmentée, la nervosité, ou l'agitation suivant l'utilisation d'un antidépresseur) ne soit pas considérée comme suffisante pour le diagnostic d'un épisode hypomaniaque et n'indique pas non plus la présence d'une diathèse bipolaire.

Les critères A à D constituent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont courants dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic du trouble bipolaire de type I.

Épisode dépressif majeur

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur d'un trouble bipolaire

A. au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9) Pensées récurrentes de mort (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : les critères A à C caractérisent l'épisode dépressif majeur (ou épisode dépressif caractérisé). Les épisodes dépressifs majeurs sont courants dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic du trouble bipolaire de type I.

NB : la réaction à une perte significative (par ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévère) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Annexe n°3 : Guide d'entretien n°1

1. Sujet de psychiatrie :

Qu'est-ce que vous pensez du suivi des malades psychiatriques en Médecine générale ?

2. Une maladie bien décrite :

Qu'est-ce que vous évoque la bipolarité ?

Quand l'envisageriez-vous chez un patient ? Ou : Qu'est ce qui pourrait vous y faire penser ?

Faire raconter un diagnostic ou une situation de dépistage : difficultés rencontrées...

3. Maladie fréquente

La maladie bipolaire touche 1 à 2% de la population : qu'en pensez-vous ?

4. Persistance d'un délai de 10 ans en moyenne avant le diagnostic :

Comment l'expliquez-vous ?

Qu'est ce qui, selon vous, rend le dépistage si difficile en Médecine générale ?

Comment pourrait-on, nous les médecins généralistes, améliorer les choses ?

Annexe n° 4 : Entretien n°1

Entretien n°1 34.54min

Femme

38ans

Installée depuis 7 ans

Zone semi-rurale

Exerce en libéral, en association avec un collègue, en temps plein le lundi, mardi, vendredi et le samedi matin. Ils alternent par demi-journée avec et sans RDV.

Pas de secrétariat.

Médecin traitante de 800 patients, mais fait énormément de suivi de pédiatrie (30% de sa patientèle).

Je suis reçue dans son cabinet à 20h50 un mardi, juste après son après-midi de consultations sans RDV.

- **Qu'est-ce que vous pensez de la prise en charge des malades atteints de maladies psychiatriques en médecine générale ?**

Alors... C'est compliqué pour nous, médecins généralistes, parce qu'il n'y a pas beaucoup de communication entre...euh... Voilà, c'est mon expérience en tout cas... Entre les psychiatres et nous, même quand ils modifient un traitement, on n'est pas informé, quand ils ne font plus de suivi, on n'est que rarement informé, même pour des psychiatries...des maladies psychiatriques relativement sévères comme des schizophrénies. Du coup c'est un peu dommage, on a l'impression qu'on ne travaille pas ensemble... Il n'y a pas de transmission.

Enfin...comme dit, c'est mon expérience. Que ce soit des psychiatres libéraux (encore moins de transmission je dirais) mais même quand c'est des psychiatres au CMP.

Pour moi, ça me pose beaucoup de difficultés, parce que je ne suis pas au courant de ce qu'ils ont comme traitement parfois, en tout cas. Après on le sait parce qu'eux nous en font part mais s'ils oublient de nous dire qu'il y a un changement, on ne le sait pas... Et voilà... Je pense qu'il faudrait un changement, il faudrait améliorer la communication... (rire) Dans l'intérêt des patients.

Donc ça, c'est pour des patients qui sont déjà suivis. Mais pour vous, qu'est-ce que vous pensez du suivi du patient psychiatrique en Médecine générale ? Est-ce que c'est un problème déjà ? Est-ce qu'il y a des difficultés particulières ? Est-ce que vous n'y avez pas d'intérêt particulier ?

Ben pour moi non, il n'y a pas trop de difficultés si on a bien compris comment il fonctionnait.

Comment dire... Parfois la première fois on peut être déstabilisé par certains comportements ou certaines remarques, mais après quand on sait la maladie qu'ils ont, surtout, comme dit, la maladie psychiatrique, pas les syndromes dépressifs réactionnels, je parle des maladies psychiatriques. Non, le suivi ne pose pas particulièrement de problème, comme on dit, quand on les a bien cernés.

Et pour le diagnostic ?

Le diagnostic, parfois, c'est plus compliqué, quand c'est *borderline*. Quand ce n'est pas franc quoi... Bouffée délirante aiguë ça va... qui après engendre un diagnostic de maladie mentale plus sévère, ça, ça va...

Oui, quand le diagnostic est évident...

Oui, voilà... C'est quand c'est un peu plus sournois, enfin sournois... Ou des comportements que nous, on n'a pas observé, qui sont dit par la famille... C'est plus difficile, par ce qu'il faut attendre pour cerner quoi...

Euh... Enfin pour les *borderline*, il y a quand même des névroses qui sont limite de la pathologie psychiatrique, du coup, c'est assez difficile.

Surtout par exemple, les névroses paranoïaques, ils sont très bien intégrés dans la société...C'est un exemple qui me vient...voilà... Et du coup, jusqu'à ce qu'on arrive à voir que ça frôle la pathologie, ça peut mettre beaucoup de temps... Même en Médecine générale, même si on les connaît, on n'a qu'une seule facette quand ils viennent.

Et du coup, vous pensez que pour ces choses-là, c'est plus la famille qui peut venir vous en parler ?

Ça peut être la famille, ça peut être à force certains motifs de consultation, on se pose la question au bout d'un moment, est-ce que c'est vraiment normal ? Quand il y a un truc qui n'est pas clair, enfin voilà... Mais c'est le plus souvent la famille, oui, quand même...

Et pour vous, ces patients-là, est ce qu'il y en a beaucoup ? Est-ce que vous pensez que vous pourriez, vous, enclencher des traitements spécifiques ? Ou que c'est quelque chose qui doit forcément être vu par le spécialiste ?

Bonne question... (rire).

Il me faudra peut-être encore quelques années d'expérience pour enclencher des traitements quand je pense à telle ou telle pathologie. J'ai encore besoin de l'aval du spécialiste, moi, en tout cas, dans ma façon de travailler.

Après, ça dépend... Traitement antidépresseur dans une dépression même sévère chez quelqu'un qui a vraiment été... Quand on dit dépression sévère, je distingue les réactionnels et les gens qui sont dépressifs tout le temps, depuis leur naissance... je ne sais pas comment dire...(rire).

Les épisodes dépressifs majeurs ?

Voilà !! Ça je pourrais initier. Après, tout ce qui est schizophrénie...non, non, non !!! Pas initier, non !!!

De toute façon, c'est assez bruyant...

Pourquoi ne pas initier ? Qu'est ce qui est différent ?

Par ce que pour l'instant, de mon expérience, ça s'est toujours fait en aiguë les déclarations de ces maladies là...

C'est trop compliqué ? Trop spécifique ? C'est quelque chose qu'on ne voit pas suffisamment souvent ?

Ouais...peut être qu'on n'en voit pas assez... Et puis souvent, il y a besoin d'une hospitalisation, ils peuvent se mettre en danger eux-mêmes ou alors mettre en danger les autres dans leur délire. Il faut au moins, pour moi, un avis psy pour savoir s'il faut absolument hospitaliser ou pas, par exemple...

- **Qu'est-ce que vous évoque la bipolarité ?**

Alors dans les souvenirs, parce que je n'ai pas révisé (rire)... C'est vraiment une alternance de dépression et de manie dans le sens donc...dépression, bon ça voilà...trouble de l'humeur, tristesse, on ne sort plus, on n'a envie de rien faire voilà... Et ça alterne avec des moments où on a envie de faire pleins de choses, des logorrhées, des gens qui parlent à un moment donné beaucoup, on n'arrive plus à les arrêter alors que la semaine d'avant ils ne disaient rien et voilà voilà !! (Rire). Pour moi c'est ça...Mais c'est peut-être un peu caricatural...

D'accord, donc ça, c'est la définition pure. Mais pour vous ? Dans votre activité quotidienne ?

Ben, comme ça je cherche mais je ne crois pas que j'en ai beaucoup des patients bipolaires mais je dois passer à côté... (rire gêné). J'en ai un en tête mais c'est celui qui a été diagnostiqué et suivi au CMP quoi... Ben oui il est bipolaire ok, bon... voilà quoi.

C'est quelque chose qui était déjà diagnostiqué ? Il n'y a pas eu de suspicion de votre part ?

Non, non...

Du coup, je n'ai pas l'impression qu'il y en a tellement... Mais je dois me tromper...

Et quand est-ce que vous l'envisageriez chez un patient ?

Justement, s'il y a des changements de comportement d'une consultation à l'autre, pas forcément d'une semaine à l'autre, mais d'une période de l'année à une autre, ça pourrait me faire penser à cela. Si en plus on arrive à prendre du recul, ce qu'on n'arrive pas toujours, si c'est saisonnier... Là, je me poserais sûrement la question...

Mais là, comme ça je cherche...mais je ne pense pas à quelqu'un en particulier...Je ne sais pas...

Oui, c'est possible... Donc vous pensez que dans la patientèle que vous avez, il n'y en a pas ?

Non, ou alors ils ne consultent pas souvent. Ils sont jeunes et ils consultent donc moins souvent le médecin, ou alors pour les certificats de cours, on les voit peut-être une fois par an et je ne pense pas que cela suffise pour poser un diagnostic surtout si par ailleurs au travail ça va... Si dans la famille, ça va... Nous, on ne voit pas quoi...

On ne va pas chercher des problèmes ?

Ben oui, on demande si ça va... S'il nous dit que tout va bien, on ne va pas plus loin. Je pense que dans une tranche d'âge qui est de 20 à 40ans on va dire, ben on peut passer à côté assez souvent.

D'accord, et chez les patients dépressifs que vous avez ? Est-ce que vous pensez qu'il y en a ? Qu'est-ce qui vous ferait l'évoquer ?

Aaah la bipolarité...oui... La profondeur de la dépression peut-être ? Sans qu'il y ait, pour moi, de facteur qui aurait pu déclencher ou qui explique que la dépression soit aussi profonde. Ou l'aspect brutal sans, comme on dit, qu'il y ait de facteur déclenchant précis quoi... ça pourrait peut-être m'y faire penser.

Donc quelqu'un qui a toujours été dépressif sans qu'on sache trop pourquoi ?

Voilà, ou qui était « normal », enfin normal, je n'aime pas trop le mot normalité, mais qui était dans la moyenne la semaine d'avant et que je vois 3 mois plus tard, dans une dépression « profonde », sans qu'il y ait de facteur déclenchant. Peut-être que ça m'interpellerait, par ce que je trouve qu'on arrive quand même à faire la différence entre ceux qui sont déprimés parce que dans leur cerveau il y a un problème...de sérotonine ? Je ne sais pas comment dire... et ceux qui le sont, bon ben, parce que leur femme est partie, ils ont plus de boulot, enfin c'est en réaction à un événement. Mais il y a des personnes, on n'arrive pas trop à cerner pourquoi tout d'un coup, elles n'ont plus envie de rien faire et peut être que ça pourrait m'évoquer cela.

Du coup, quand vous introduisez un traitement antidépresseur, est-ce que ça vous arrive d'y penser ? Est-ce que vous vous dites qu'il va falloir les surveiller particulièrement ?

Si l'antidépresseur ne fonctionne pas bien par exemple ?

Oui...

Oui... Bon là, pareil, je demanderai quand même l'avis d'un spécialiste. De toute façon, pour les syndromes dépressifs, je pense qu'il y a besoin d'un suivi psychothérapeutique parce qu'il y a des choses qu'ils ne peuvent pas nous dire tout de suite ou auxquelles on ne pense pas. Je pense qu'il faut quand même aller plus profond. Et le problème de la Médecine générale actuelle, enfin que moi j'ai, c'est qu'écouter une demi-heure un patient, c'est très difficile.

Pourquoi ?

Parce qu'on n'a pas le temps... Oui... Après moi, je ne fais pas de psychothérapie, déjà je ne me sens pas compétente pour ça, et euh...voilà, organiser comme ça un suivi alors que je ne me sens pas compétente, non ! C'est pour cela que je ne fais pas de psychothérapie. Et que quand je prescris un antidépresseur, je suggère toujours à la personne de commencer ou continuer une psychothérapie. Il faut voir un peu plus loin, donc selon le cas, je préfère parler de psychologue ou de psychiatre. Et quand je dis selon le cas, c'est que quand je pense que c'est plus psychiatrique, je parle d'emblée d'un psychiatre, enfin...quand c'est plus profond, quand ça relève plus de « la maladie mentale ». Je parle d'emblée d'un psychiatre. Si je pense que c'est réactionnel et transitoire dans la vie de quelqu'un, je préfère qu'il voie un psychologue, c'est plus facile.

Pourquoi c'est plus facile ?

Ben... (rire). Il y a quand même beaucoup de psychiatres qui ont un abord particulier au niveau contact...de ce que j'ai eu comme retour des patients. Et du coup aller voir quelqu'un qui attend que la personne parle en face...comment dire ? Pour des personnes qui n'ont pas de maladie mentale, je pense que c'est plus compliqué... Ils ont l'impression de perdre leur temps. Donc je pense que c'est plus adapté quand il n'y a pas de maladie mentale d'aller voir une psychologue.

Après, l'autre problème que l'on a en France, c'est la prise en charge. Parfois, c'est juste parce que c'est remboursé qu'ils vont voir un psychiatre. Ça rentre aussi dans la... Enfin, il faut adapter quoi...

Donc c'est vraiment en fonction du patient et du contact que vous avez avec le patient, de ce que vous connaissez de la personne ?

Oui, oui, c'est ça...

Et quand vous dites que vous ne vous sentez pas la compétence de faire de la psychanalyse : pourquoi ? Qu'est-ce qui manque ?

Je n'ai pas l'impression d'avoir été formé pour ça. Ecouter, je peux. Suggérer, je peux. Mais je ne me sens pas plus compétente que la caissière pour faire cela, (rire), si peut-être quand même...mais j'ai l'impression qu'il me faudrait vraiment une formation pour pouvoir accompagner les gens dans leurs problèmes. Et pourtant, c'est vrai que j'ai des patients qui préfèrent venir me voir, oui !

Oui, pour certains le généraliste, c'est vraiment...

Oui, ils préfèrent venir me voir...

Ils attendent la confirmation du généraliste avant de faire ce que le spécialiste dit... (rire)

Oui, c'est vrai aussi. Et qui ne me disent « maintenant rien que d'en avoir parlé, m'être posé ça m'a aidé » et qui ne voient pas de psy alors qu'ils sont dépressifs...réactionnels.

Et vous seriez prête à faire des formations pour avoir les compétences ?

Ah oui, c'est intéressant !!! Mais mon problème c'est cela, je m'intéresse à trop de chose (rire)... Non, c'est intéressant, surtout si ce n'est pas de la pathologie psychiatrique pure...

Mais je pense qu'en Médecine générale, on le fait, comme dit, si on écoute, au cours d'une consultation, on essaie...

Mais c'est plus de la formation théorique ? C'est plus de l'intuition ?

C'est ça... ça ne repose pas sur des bases théoriques. C'est propre à chacun, de son expérience, à ses lectures et forcément à sa façon de voir propre... Je ne sais pas si on est toujours bon. Je pense que là... Je ne sais pas...

Et je voudrais aussi revenir sur le temps...

Oui, le temps, c'est un gros problème...

Pourquoi ? Pourquoi n'avez-vous pas le temps d'écouter pendant 30 mn un patient ?

Parce qu'il y a trop de gens qui viennent. Il y a trop de patients... En tout cas dans les consultations libres ce n'est pas possible.

Après je travaille aussi sur RDV, et du coup je pourrais... Je peux me dégager une demi-heure quand le RDV est pris en dehors de l'urgence. C'est faisable...enfin on fait ! Mais en consultation libre, c'est impossible !!! Après, depuis que je suis installée, ça fait 6 ans et demi, de me dégager de cette pression-là, du temps, et de me concentrer sur chaque personne et pourquoi elle vient, et si ça prend un peu plus de temps que celle qui est venue avant et ben, c'est comme ça ! Mais c'est sûr que je ne peux pas faire ça 10 fois. On ne peut pas faire ça pour 10 personnes dans une consultation libre. Ce n'est pas possible parce qu'il y a trop de monde voilà... Il y a trop de monde... En hiver par exemple, c'est pollué par les consultations... Comment dire ça... Euh... Pour pas grand-chose !! (rire).

Par des patients qui on va dire viennent un petit peu « pour rien » ?

Oui, voilà... Ce matin, j'ai vu un jeune homme de 30 ans qui avait un peu mal à la gorge et voilà...c'était déjà la catastrophe !!! Je ne sais pas !!! Voilà, voilà !!! Bref... !!!

Le problème donc, c'est que les gens n'arrivent pas à hiérarchiser ?

Non, mais ils n'arrivent plus à gérer tout seul quoi... Il faut tout de suite consulter, les médicaments, ils ne veulent pas que ça aille plus loin mais on ne peut rien faire de plus que constater ce que l'on voit... Et comme je vois pas mal d'enfants, un problème de société, c'est « voilà, la crèche m'a appelé, ça fait 2h qu'il a de la fièvre, et comme j'ai dû quitter le travail, il faut que je vienne pour le certificat enfant malade aujourd'hui », même si ça ne fait que 3h qu'il a de la fièvre et « puis quand même, il a de la fièvre !!! ». Ça pollue les consultations... Enfin ça pollue, non, c'est un mauvais terme, ça encombre on va dire... Du coup, ça restreint le temps, parce que sur une journée, il n'y a que 24h et si on en travaille 12 ou 14, c'est déjà pas mal.

**Mais finalement, pour ces gens qui encombrent, on prend le temps...pour ses rhumes...
Alors pourquoi on ne prendrait pas le temps pour les...**

Parce que ça prend beaucoup plus de temps pour tout ce qui est psychiatrique. Un rhume, en 10min chez un adulte, on sait où l'on va, on a fait le diagnostic, on a fait le traitement et on l'a même mis en arrêt s'il ne peut pas aller bosser parce qu'il a le nez qui coule, voilà... Une dépression... pfouuuu !!! Ça prend plus de temps, parce qu'il faut laisser au patient le temps d'arriver à quelque chose peut-être ou pas, exprimer quelque chose peut-être ou pas. Il faut un temps de pause... Enfin comment dire... Il ne s'assoit pas et tout de suite on rentre dans le vif du sujet « là, ça ne va pas parce qu'il y a ça, ça et ça ». Donc par définition, ça prend plus de temps.

Et ce temps-là ne peut pas être pris ?

Il peut être pris, oui, il peut être pris mais si ça s'organise. Si on n'a pas la pression de tout le reste tout le temps, tout le temps derrière !!

En conclusion, il faut qu'on soit plus nombreux, c'est tout... Voilà, voilà... !!!

En fait peut-être que certains médecins... Enfin je ne suis pas sûre non plus que si on se spécialise là-dedans, ce soit adéquat... Si le patient, si on est le médecin traitant de notre patient, va voir avec nous, pas avec un autre... Oui en fait ça revient au même problème...

Ok.

Et vous disiez aussi des difficultés de contact avec les psychiatres. Ça vous est arrivée souvent ?

Oui, ça me pèse beaucoup.

Exemple précis : un schizophrène paranoïaque - qui a fait quand même... Qui était suivi par moi en libéral, quand j'ai commencé à aller le voir, il a fait un délire, et comme il se connaît très bien, il a demandé à être hospitalisé. A partir de là, il a été hospitalisé à Brumath et suivi par le CMP. J'avais le compte rendu d'hospitalisation et ensuite plus aucune transmission. Il était suivi par l'hôpital de jour une fois par semaine avec aussi une IDE du service de psychiatrie qui venait une fois par semaine à la maison pour voir comment cela se passait. Et puis tout d'un coup, il n'avait plus envie d'aller en hôpital de jour donc l'hôpital de jour s'est arrêté mais l'IDE continuait à venir. Et puis au bout d'un moment, l'IDE n'est plus venue non plus. Et je n'ai pas du tout été informée de cela. Alors qu'il est quand même comme dit « schizo-paranoïaque » sous neuroleptiques en injectables. Si on arrête le traitement, il va décompenser, c'est sûr !! Enfin, c'est presque sûr !!! Il est gentil, ce n'est pas ça, mais il a besoin de son traitement. Donc là, en dernier, il demande d'arrêter les piqûres mais bon... moi je ne veux pas les arrêter. Donc c'est moi qui aie dû appeler le psychiatre en disant « il veut arrêter, il faudrait quand même que vous le voyez avant » et la réponse que j'ai eu !!!! Ben c'est « S'il a envie de retourner me voir, il n'a qu'à prendre RDV » !!!! Mais il ne va pas prendre RDV chez le psychiatre pour demander s'il peut arrêter les piqûres !!!

Pourquoi ?

Parce qu'il n'en éprouve pas le besoin. Et puis il me disait toujours : « Je le vois, je lui dis bonjour et il ne me dit rien et voilà voilà !!! ». Il n'a pas envie d'y retourner. Et comme on dit, je n'ai pas été informée de l'arrêt de l'hôpital de jour, ni de l'arrêt de l'IDE qui venait le voir à la maison, ni de l'arrêt du suivi tout court, qu'il n'avait plus de RDV tout court au CMP. Et je trouve que ça !!! c'est assez grave, parce que ce n'est pas une maladie mentale bénigne. Surtout qu'il a ça depuis l'adolescence, il ne va probablement pas en guérir. Il va devoir prendre des neuroleptiques à vie. Et j'ai eu l'impression que

c'est après ceux qu'on voit dans le journal !!! Voilà voilà !!! Plus de traitement, plus de suivi, puis il est passé à l'acte... Enfin je ne sais pas, mais je trouve ça vraiment *light* !!!

Autre exemple : j'ai une patiente, je pense qu'elle est vraiment dépressive, je ne pense pas qu'elle soit bipolaire...mais maintenant je me pose la question (rire). Elle est suivie en psychiatrie. Je n'ai pas de retour, si le traitement est changé. Elle a été hospitalisée tellement elle n'était pas bien, tellement elle a été déprimée à Noël. Je ne savais même pas qu'elle avait été hospitalisée !!! Le traitement a été changé, je ne suis pas au courant !!! Et puis la psychiatre pendant un temps lui prescrivait même ses médicaments somatiques par ailleurs, en l'occurrence le Levothyrox !! Bon, déjà que ce n'était pas forcément de son ressort !! Et puis comme dit, je pense que ce n'est pas normal que je n'ai pas été informée du changement, parce que s'il y a un problème aigu, je ne sais pas, un malaise, une hypokaliémie, enfin je dis n'importe quoi !! Mais c'est nous qu'on va appeler. Et si nous, on n'est même pas au courant de ce qu'ils prennent, je trouve ça grave de la part d'un médecin. C'est une faute déontologique.

Et vous avez eu beaucoup de patients qui vous disaient que le contact avec le psychiatre, ça ne marchait pas ?

Oui, oui, ça revient souvent. Surtout avec les psychanalystes. Oui, souvent. Ils disent : « j'ai arrêté parce que je racontais un peu et en face il disait rien, et au bout de 20 min, il disait « on se revoit dans 15 jours » et puis il fallait faire le chèque ».

J'ai beaucoup de retour comme ça quand même.

Alors qu'ils n'ont pas cette impression avec le médecin généraliste ?

Non, ben non, parce qu'on a une écoute active. C'est-à-dire qu'ils disent quelque chose puis soit on essaie de les aiguiller sur autre chose pour qu'ils continuent, ou suggérer des choses : « ah ben peut-être que si vous voyiez cela comme ça !! » ... Enfin, moi je fais comme ça. Je ne sais pas ce que cela vaut mais en tout cas, je propose des choses, j'émet des idées, j'essaie de dire que « peut-être que si vous voyiez les choses comme ça...machin... ». Et les psychiatres, dans l'ensemble hein ! J'ai beaucoup de retour comme ça, ils ne disent pas grand-chose, ils écoutent oui, mais du coup les gens n'ont pas

l'impression d'avancer parce qu'ils disent que sinon ils peuvent parler à quelqu'un d'autre si on n'a pas d'idées pour aller mieux quoi !!, des suggestions.

Et il y a une facilité à les voir, les psychiatres, dans le coin, ou c'est compliqué ?

Oui, c'est compliqué par rapport aux délais de RDV parfois, mais dans l'ensemble ça va, non ça va... Après ça m'est rarement arrivé d'appeler moi-même, sauf au CMP pour quand j'estime que c'est vraiment plus profond que quelque chose qui va durer quelques semaines, je préfère travailler avec le CMP. Ou alors quand j'estime qu'un suivi par une psychologue ça pourrait être vraiment bien, et pas forcément psychiatre, et qu'il y a des problèmes financiers, je passe par le CMP, parce qu'il peut y avoir une psychothérapie par une psychologue et les gens sont pris en charge.

Et c'est plus rapide ?

C'est plus rapide quand on appelle et qu'on parle de la gravité de la situation mais sinon non, ce n'est pas plus rapide.

Et donc, vous n'avez jamais eu de problème de décompensation maniaque ? Ce n'est jamais arrivé ?

Non, enfin je ne crois pas... !!! (rire)

- **Si je vous dis que la maladie bipolaire touche 1 à 2% de la population. Du coup, qu'est-ce que vous en pensez ?**

Ben, c'est que je dois en avoir quelques-uns... (rire), au moins 20 dans ma patientèle, au moins 20 du coup... C'est ça...

Et du coup, il n'y a vraiment personne qui pourrait l'être... Est-ce que vous voyez des terrains particuliers qui pourraient vous y faire penser ?

Je *bug*... Peut-être des troubles du comportement, agitation. Peut-être... Est-ce qu'ils sont violents... ?

Je ne sais pas... Alors là, il y en a...pfff. Est-ce que ça pourrait correspondre à des gens qui de manière aiguë ou compulsive, boivent beaucoup par exemple ? Ouais, là il y en aurait, oui... Plus que ce que je pense.

- **Il y a toujours un délai de 10 ans en moyenne, entre l'entrée dans la maladie et le diagnostic. Comment est-ce que vous expliquez cela ?**

C'est parce qu'on passe à côté. Parce qu'il y a cette alternance, qu'il y a des moments où ils ont un comportement qui n'est pas forcément inhabituel et que du coup, parce qu'on traite chaque épisode sans tenir compte de l'autre, et qu'ils ne consultent pas forcément à chaque fois, je pense que pour chaque épisode maniaque...

Oui, au contraire, ils ne consultent pas parce qu'ils se sentent tellement bien...

Oui, c'est pour cela qu'on ne les voit pas à ce moment-là. Et qu'on n'a que ce qui est relaté par l'entourage, et encore, quand l'entourage commence à saturer, et du coup, ça peut mettre quelques années.

Et pour les épisodes de dépression, on ne les voit que s'il y a des répercussions sur le travail ou la famille, et encore !! Sur la famille, ce n'est pas sûr, mais sur le travail peut-être qu'on les voit.

Et du coup, c'est décousu, si on ne voit pas les épisodes maniaques et qu'on ne nous en parle jamais, on ne les voit pas en bipolarité quoi... C'est peut-être pour cela qu'il y a 10 ans... Et que c'est peut-être après un certain nombre de récurrences dépressives, et qu'on les adresse à un spécialiste. Peut-être que le psy, s'il relate tout parce que les gens viennent parce qu'ils ne sont pas bien, va reprendre tout l'historique psychologique, ce que nous ne prenons pas le temps de faire, et que du coup, ils arrivent au diagnostic que nous, on n'a pas vu.

Donc ce serait le fait de tellement bien connaître son patient qui est un désavantage pour ce genre de maladie ?

Peut-être oui... Quoique non, non, s'ils ne consultent pas au moment des épisodes maniaques, on peut ne pas le savoir.

Je pense que c'est plutôt le fait que ce soit une tranche d'âge... Enfin ce n'est pas des vieux chez qui on fait le diagnostic de maladie bipolaire, avant 50 ou 60 ans c'est plutôt jeune, et comme ils consultent moins souvent et on ne le voit pas à cause de ça...

Et comment pourrait-on, nous médecins généralistes, améliorer les choses ?

Bonne question... (rire) Je ne sais pas...

Déjà, en sachant qu'il y a 1 à 2%, peut-être en faisant plus attention, en approfondissant l'interrogatoire... justement en s'intéressant plus à la vie des gens quoi !!

Donc c'est ça le problème ? On traite leur santé et puis on... ??

Parce qu'on est surpris... Parfois ça m'arrive d'être surpris, quand on dit « ça va ? » et qu'on répond « ooh bof... », et du coup, ils parlent, alors que si je n'avais pas posé la question comme ça, ou que j'étais restée sur le dessus, ils m'auraient dit au revoir. Il y a des choses qu'on aurait pas sues. On en revient toujours au même, je pense, c'est la question du temps.

Exemple, c'est le jeune de 30 ans qui consulte pour une rhinopharyngite ou une gastro, si on ne l'a pas vu depuis 2 ans, si on ne prend pas le temps, au moment où il vient consulter pour son épisode aigu, de demander « Ah au fait, vous travaillez où ? Vous faites quoi ? Comment ça se passe ? », ben..., peut-être qu'à ce moment-là il dirait que ça dépend des moments, enfin je dis n'importe quoi !!, « ben j'ai été licencié parce que j'ai mis le souk !!! » Voilà, peut-être qu'on y penserait à ce moment-là s'il n'y avait pas 15 personnes en salle d'attente, on ne veut pas aller plus loin, parce qu'on sait que si on commence à poser des questions, la consultation elle va durer, justement !!!, 30 min au lieu de 10min, on peut

passer à côté à ce moment-là... Peut-être que pour des gens qu'on n'a pas vu depuis 1 ou 2 ans, on devrait aller un peu plus loin, même quand ils consultent pour quelque chose d'aigu, cela pourrait améliorer les choses peut-être... Sûrement même... Et pas seulement pour ça, pour poser ce diagnostic-là, pour l'évoquer. Pour d'autres choses aussi, c'est peut-être ça... Donc on en revient au même, c'est le temps.

Du coup on en revient au temps, mais pourquoi est-ce que pour les consultations sur RDV, vous ne prenez pas le temps ?

Si, quand c'est sur RDV, je prends plus le temps, oui, et on arrive mieux à faire ressortir des choses, parce que je sais que j'ai une demi-heure par exemple, souvent c'est 20, 30 min, oui. Du coup on pose plus de questions.

Par exemple, un RDV pour un certificat médical d'aptitude sportive, une demi-heure, c'est parfois long, donc c'est le moment où on va poser plus de questions que tout va bien ? Et on fait l'examen sommaire parce qu'on ne fait pas d'électro à 20 ans sans antécédant. On en profiterait pour aller plus loin, si la personne ne veut pas, on sera bloqué, mais c'est un moment propice, oui. En RDV c'est faisable, parce que comme dit, le temps est cerné. Si on donne des RDV jusque telle ou telle heure, même si on dépasse parce qu'on a du retard, on sait qu'on ne va pas déborder jusque 23h. Alors qu'en libre, si à 11h, j'en ai encore 10, et comme je sais qu'après, j'ai encore ça, ça et ça à faire, je vais être plus *speed*. Je ne peux pas faire autrement.

Parce que vous avez aussi envie de faire autre chose ?

Ben, je veux boucler ma journée. Je veux déjà voir tous ceux qui m'ont appelée, déjà, tout simplement. Tout simplement. Parce que...

Et de rentrer à la maison...

Ça aussi, oui, oui...

Il y a d'autres obligations... Finalement, on n'a pas trop le temps parce qu'il y a d'autres obligations ?

On n'a pas trop le temps parce que... Comment dire, on fait quand même des grosses plages horaires, entre 8h et 22h, je ne peux pas en voir 100...

Et 22h, c'est déjà tard...

Je trouve beaucoup, oui. Ça empiète énormément sur la vie privée, oui.

7. Bibliographie

1. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011, 68(3): 241-51.
2. Organisation mondiale de la santé. CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Genève: OMS. 1993.
3. American Psychiatric Association. DSM-5TM. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington: APA. 2013.
4. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet*. 2016, 387(10027): 1561-72.
5. Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Pincus HA, Shad M, Salloum I, et al. Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2004, 6(5): 368-73.
6. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015, 17(1): 1-16.
7. Geoffroy PA, Etain B, Scott J, Henry C, Jamain S, Leboyer M, et al. Reconsideration of bipolar disorder as a developmental disorder: Importance of the time of onset. *J Physiol-Paris*. 2013, 107(4): 278-85.
8. Conus P, Berger G, Theodoridou A, Schneider R, Umbricht D, Michaelis-Conus K, et al. Intervention précoce dans les troubles bipolaires. *Forum méd Suisse*. 2008, 8(17): 316-9

9. Kessing LV, Hansen HV, Christensen EM, Dam H, Gluud C, Wetterslev J. Do young adults with bipolar disorder benefit from early intervention? *J Affect Disord.* 2014, 152-154: 403-8.
10. Haute autorité de santé. Troubles bipolaires. Actes et Prestations. Affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine. 2017.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_23_lap_troubles_bipolaires_web.pdf Consulté le 06/06/2018
11. Patel R, Shetty H, Jackson R, Broadbent M, Stewart R, Boydell J, et al. Delays before Diagnosis and Initiation of Treatment in Patients Presenting to Mental Health Services with Bipolar Disorder. *PLoS ONE.* 2015, 10(5).
12. Drancourt N, Etain B, Lajnef M, Henry C, Raust A, Cochet B, et al. Duration of untreated bipolar disorder : missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2013, 127(2): 136-44.
13. Bauer M, Andreassen OA, Geddes JR, Vedel Kessing L, Lewitzka U, Schulze TG, et al. Areas of uncertainties and unmet needs in bipolar disorders: clinical and research perspectives. *Lancet Psychiatry* 2018
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036618302530> Consulté le 12/10/2018
14. Das AK, Olfson M, Gerneroff MJ, Pilowsky DJ, Blanco C, Feder A, et al. Screening for Bipolar Disorder in a Primary Care Practice. *JAMA.* 2005, 293(8): 956-63.
15. Rouillon F, Gasquet I, Garay RP, Lancrenon S. Screening for bipolar disorder in patients consulting general practitioners in France. *J Affect Disord.* 2011, 130(3): 492-5.
16. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2014. 149 p.

17. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009.

<http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf> Consulté le 06/06/2018

18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 2015, 15(157): 50-4.

19. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis La Plaine. 2017.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf Consulté le 29/06/2018

20. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2015, 45(01): 11-27.

21. La Méthode scientifique. France Culture. Martin N. Psychiatrie en France : ça tourne pas rond 2018.

<https://www.franceculture.fr/emissions/la-methode-scientifique/psychiatrie-en-france-ca-tourne-pas-rond> Consulté le 21/10/2018

22. Goffman E. Les rites d'interaction. Paris: Les Editions de minuit, 1974. 240 p.

23. Carvalho AF, R. Nunes-Neto P, S. Castelo M, S. Macêdo D, Dimellis D, G. Soeiro-de-Souza M, et al. Screening for bipolar depression in family medicine practices : Prevalence and clinical correlates. *J Affect Disord.* 2014, 162: 120-7.

24. Funk M, Benradia I, Roelandt J-L. Mental Health and Primary Health Care : a Global Perspective. *Inf Psychiatr.* 2014, 90(5): 331-9.
25. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS ; 2001
26. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr.* 2014, 90(5): 311-7.
27. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016, 3(5): 415-24.
28. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *Br J Psychiatry.* 2011, 199(1): 49-56.
29. FFP-CNPP. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015.
http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf Consulté le 07/08/2018
30. Ribaud S. Collaboration entre les Médecins généralistes et les Psychiatres dans la prise en charge de la dépression : Opinions de Médecins généralistes au travers d'une enquête qualitatives. Thèse d'exercice, Université Henri Poincaré Nancy 1, 2011.
31. Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé mentale et psychiatrie. 2018.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628-cp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_ccmp-.pdf Consulté le 15/10/2018

32. Hardy-Baylé M-C, Margerit C, Brunella E, Krzakowski P. Comment penser la complémentarité des pratiques et des métiers en santé mentale ? : Actes du réseau de promotion pour la santé mentale dans les Yvelines-Sud. 2004.
33. Haute Autorité de Santé. Guide : état des lieux, repères et outils pour une amélioration. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Saint-Denis La Plaine. 2018.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/synthese_coordination_mg_psy.pdf Consulté le 14/10/2018
34. Zarifian E. Le prix du bien-être : psychotropes et sociétés. Paris, Odile Jacob, 1996. 276p.
35. Haute Autorité de la Santé. Fiche Mémo. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Saint-Denis La Plaine 2016.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_trouble_bipolaire_vd.pdf Consulté le 29/06/2018
36. Weber Rouget B, Gervasoni N, Dubuis V, Gex-Fabry M, Bondolfi G, Aubry J-M. Screening for bipolar disorders using a French version of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ). J Affect Disord. 2005, 88(1): 103-8.
37. Code de Santé Publique. Article L6323-5 relatif aux dotations aux MSP et PSP:
<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lois-et-msp> Consulté le 09/08/2018
38. Ameli.fr. Le codage des actes médicaux, CNAMTS-CCAM Version 53 applicable au 14/07/2018

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V53.pdf Consulté le

09/08/2018

39. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les maladies chroniques Vers la 3e médecine. Paris: Odile Jacob, 2017. 772 p.

RESUME

Introduction et objectifs : La maladie bipolaire possède une prévalence importante dans la population consultant en Médecine générale. Elle est pourvoyeuse de nombreux retentissements médico-psycho-sociaux. Il existe des traitements qui ont fait la preuve de leurs bénéfices. Pourtant il persiste un délai de 5 à 10 années en moyenne entre les premiers symptômes et la pose du diagnostic. Notre objectif est d'identifier les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour la repérer.

Méthode : Analyse qualitative par théorisation ancrée avec des entretiens réalisés auprès de médecins généralistes d'Alsace et d'Ile de France.

Résultats : Les difficultés identifiées sont une vision péjorative du sujet psychiatrique persistant dans la société (patients, médecins généralistes, désintérêt des pouvoirs publics, méconnaissance des symptômes). La Psychiatrie est considérée comme un sujet compliqué pour les médecins généralistes. La bipolarité nécessite un certain délai d'expression avant de pouvoir être évoquée. Or, les généralistes sont de plus en plus débordés. La demande médicale change et les médecins ressentent une certaine difficulté à s'y adapter sans moyen supplémentaire. Le cloisonnement du secteur psychiatrique accentue encore cette vision et entraîne un phénomène d'évitement par les médecins.

Conclusion : Le délai persistant pour dépister la maladie bipolaire est en partie lié à la difficulté du sujet, et surtout, au traitement que la société fait de la Psychiatrie. La bipolarité, comme un nombre croissant de maladies chroniques, nécessite de plus en plus de multidisciplinarité. Plusieurs pistes sont en cour d'élaboration dans le système de santé français pour y parvenir.

Rubrique de classement : D.E.S. Médecine Générale

Mots-clés : Maladie bipolaire, Médecine générale, diagnostic, Psychiatrie

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERTSCHY

Assesseurs : Monsieur le Docteur Philippe GUILLOU

Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Monsieur le Professeur Jean Christophe WEBER

Monsieur le Docteur Sébastien WEIBEL

Adresse de l'auteur : 5 impasse du Tacot, 91290 ARPAJON



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Nom : SAVOY

Prénom : Héroïse

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

"J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète".

Signature originale :

A ARPAÇON, le 01/09/2018